

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 834.895.335-34					
Cadastro 116	Nome do Funcionário ALESSANDRO DE JESUS CAMPOS	CBO 914405	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Auxiliar de Mecânico		Data Admissão:		05/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	2.162,25				
35	Horas Extras 50% Diurnas	022:97 hs	459,30				
49	Horas Extras 100% Diurnas	014:55 hs	387,97				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	012:22 hs	162,94				
64	Periculosidade	30,00 %	648,67				
78	Quinquênio	5,00 %	108,11				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.124,37			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	000:85 hs	2,27				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	004:45 hs	11,81				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		45,17			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		45,17			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	
Recebi em: ___/___/___		Assinatura: _____					

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 834.895.335-34					
Cadastro 116	Nome do Funcionário ALESSANDRO DE JESUS CAMPOS	CBO 914405	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Auxiliar de Mecânico		Data Admissão:		05/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	9,21				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	9,21				
1792	Vale Alimentação (PAT)		105,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		530,00				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,05			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			5,30			
1950	INSS	12,00 %		366,60			
		Total		4.578,32		1.765,04	
		Total Líquido		2.813,28			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.162,25	3.943,32	3.943,32	315,46	2.211,75	0,00	01	
Recebi em: ___/___/___		Assinatura: _____					

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 834.895.335-34					
Cadastro 116	Nome do Funcionário ALESSANDRO DE JESUS CAMPOS	CBO 914405	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Auxiliar de Mecânico		Data Admissão:		05/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	2.162,25				
35	Horas Extras 50% Diurnas	022:97 hs	459,30				
49	Horas Extras 100% Diurnas	014:55 hs	387,97				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	012:22 hs	162,94				
64	Periculosidade	30,00 %	648,67				
78	Quinquênio	5,00 %	108,11				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.124,37			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	000:85 hs	2,27				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	004:45 hs	11,81				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		45,17			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		45,17			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal			
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 834.895.335-34					
Cadastro 116	Nome do Funcionário ALESSANDRO DE JESUS CAMPOS	CBO 914405	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Auxiliar de Mecânico		Data Admissão:		05/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	9,21				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	9,21				
1792	Vale Alimentação (PAT)		105,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		530,00				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,05			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			5,30			
1950	INSS	12,00 %		366,60			
		Total		4.578,32		1.765,04	
		Total Líquido		2.813,28			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.162,25	3.943,32	3.943,32	315,46	2.211,75	0,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____