

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: 575.773.585-68					
Cadastro 356	Nome do Funcionário WESLEY MENESES DE OLIVEIRA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		23/08/2021			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	023:25 hs	715,80				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:58 hs	147,09				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:08 hs	165,94				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
74	Triênio	3,00 %	95,34				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	012:12 hs	46,58				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	063:03 hs	242,20				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		266,07			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		41,27			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		123,81			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	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: 575.773.585-68					
Cadastro 356	Nome do Funcionário WESLEY MENESES DE OLIVEIRA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		23/08/2021			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		130,36			
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	373,29				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	39,33				
1861	Prêmio por desempenho		636,29				
1863	Premiação SASCAR		302,40				
1920	IRRF	22,50 %		236,90			
1950	INSS	14,00 %		585,78			
		Total		6.482,96		3.125,41	
		Total Líquido		3.357,55			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.544,27	5.544,27	443,54	4.055,06	22,50	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: 575.773.585-68					
Cadastro 356	Nome do Funcionário WESLEY MENESES DE OLIVEIRA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		23/08/2021			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	023:25 hs	715,80				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:58 hs	147,09				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:08 hs	165,94				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
74	Triênio	3,00 %	95,34				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	012:12 hs	46,58				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	063:03 hs	242,20				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		266,07			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		41,27			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		123,81			
Continua...		Total					
		Total Líquido					
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	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: 575.773.585-68					
Cadastro 356	Nome do Funcionário WESLEY MENESES DE OLIVEIRA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		23/08/2021			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		130,36			
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	373,29				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	39,33				
1861	Prêmio por desempenho		636,29				
1863	Premiação SASCAR		302,40				
1920	IRRF	22,50 %		236,90			
1950	INSS	14,00 %		585,78			
		Total		6.482,96		3.125,41	
		Total Líquido		3.357,55			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	5.544,27	5.544,27	443,54	4.055,06	22,50	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____