

| 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: 028.426.825-99 | | | | | |
| Cadastro 370 | Nome do Funcionário CARLOS WASHINGTON OLIVEIRA MOTA | CBO 342110 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 01 | |
| Assistente de Operações | | Data Admissão: | | 10/01/2022 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 1 | Salario Base | 27 Dias | 2.050,88 | | | | |
| 19 | Horas Lic.Médica Diurnas | 3 Dias | 227,88 | | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 009:47 hs | 239,09 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 012:30 hs | 414,20 | | | | |
| 56 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas | 004:80 hs | 18,23 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 007:45 hs | 125,63 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 683,63 | | | | |
| 74 | Triênio | 3,00 % | 68,36 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.184,96 | | | |
| 1445 | Plano de Saúde/Odontológico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 88,69 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 177,38 | | | |
| | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | | 64,28 | | | |
| | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | | 64,28 | | | |
| 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: 028.426.825-99 | | | | | |
| Cadastro 370 | Nome do Funcionário CARLOS WASHINGTON OLIVEIRA MOTA | CBO 342110 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 02 | |
| Assistente de Operações | | Data Admissão: | | 10/01/2022 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 123,20 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 48,70 | | | |
| 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 | 248,86 | | | | |
| | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | 13,11 | | | | |
| | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | 13,11 | | | | |
| 1792 | Vale Alimentação (PAT) | | 105,00 | | | | |
| 1793 | Ticket Refeição (PAT) | | 662,50 | | | | |
| 1794 | Desc.Ticket Aliment.(PAT) | | | 1,05 | | | |
| 1795 | Desc.Ticket Refeicao (PAT) | | | 6,63 | | | |
| 1950 | INSS | 12,00 % | | 352,75 | | | |
| 4004 | Empréstimo Crédito do Trabalhador | 1/10 | | 522,86 | | | |
| | | Total | | 4.595,40 | | 2.634,78 | |
| | | Total Líquido | | 1.960,62 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 2.278,76 | 3.827,90 | 3.827,90 | 306,23 | 2.035,74 | 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: 028.426.825-99 | | | | | |
| Cadastro 370 | Nome do Funcionário CARLOS WASHINGTON OLIVEIRA MOTA | CBO 342110 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 01 | |
| Assistente de Operações | | Data Admissão: | | 10/01/2022 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 1 | Salario Base | 27 Dias | 2.050,88 | | | | |
| 19 | Horas Lic.Médica Diurnas | 3 Dias | 227,88 | | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 009:47 hs | 239,09 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 012:30 hs | 414,20 | | | | |
| 56 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas | 004:80 hs | 18,23 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 007:45 hs | 125,63 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 683,63 | | | | |
| 74 | Triênio | 3,00 % | 68,36 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.184,96 | | | |
| 1445 | Plano de Saúde/Odontológico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 88,69 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 177,38 | | | |
| | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | | 64,28 | | | |
| | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | | 64,28 | | | |
| 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: 028.426.825-99 | | | | | |
| Cadastro 370 | Nome do Funcionário CARLOS WASHINGTON OLIVEIRA MOTA | CBO 342110 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 02 | |
| Assistente de Operações | | Data Admissão: | | 10/01/2022 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 123,20 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 48,70 | | | |
| 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 | 248,86 | | | | |
| | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | 13,11 | | | | |
| | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | 13,11 | | | | |
| 1792 | Vale Alimentação (PAT) | | 105,00 | | | | |
| 1793 | Ticket Refeição (PAT) | | 662,50 | | | | |
| 1794 | Desc.Ticket Aliment.(PAT) | | | 1,05 | | | |
| 1795 | Desc.Ticket Refeicao (PAT) | | | 6,63 | | | |
| 1950 | INSS | 12,00 % | | 352,75 | | | |
| 4004 | Empréstimo Crédito do Trabalhador | 1/10 | | 522,86 | | | |
| | | Total | | 4.595,40 | | 2.634,78 | |
| | | Total Líquido | | 1.960,62 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 2.278,76 | 3.827,90 | 3.827,90 | 306,23 | 2.035,74 | 0,00 | 01 | |

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____