

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		06/2025		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	15 Dias	1.139,38				
35	Horas Extras 50% Diurnas	007:95 hs	200,79				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:70 hs	57,25				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	003:82 hs	64,51				
64	Periculosidade	30,00 %	341,81				
74	Triênio	3,00 %	34,18				
250	13o Salário Adiantamento		1.481,19				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			6,20			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			12,40			
	3 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA			18,25			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
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		06/2025		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			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	26,22				
1792	Vale Alimentação (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		503,50				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			5,04			
1950	INSS	14,00 %		162,10			
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador	2/10		522,86			
4005	Devol./Desc Empréstimo Crédito Trabalhador-Férias		261,43				
		Total		4.195,04		727,96	
		Total Líquido		3.467,08			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.278,76	4.379,45	5.860,64	468,84	1.230,72	0,00	01	
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		06/2025		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	15 Dias	1.139,38				
35	Horas Extras 50% Diurnas	007:95 hs	200,79				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:70 hs	57,25				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	003:82 hs	64,51				
64	Periculosidade	30,00 %	341,81				
74	Triênio	3,00 %	34,18				
250	13o Salário Adiantamento		1.481,19				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			6,20			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			12,40			
	3 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA			18,25			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
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		06/2025		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			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	26,22				
1792	Vale Alimentação (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		503,50				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			5,04			
1950	INSS	14,00 %		162,10			
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador	2/10		522,86			
4005	Devol./Desc Empréstimo Crédito Trabalhador-Férias		261,43				
		Total		4.195,04		727,96	
		Total Líquido		3.467,08			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.278,76	4.379,45	5.860,64	468,84	1.230,72	0,00	01	

Recebi em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_