

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		09/2025		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	26 Dias	2.093,42				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	4 Dias	322,07				
35	Horas Extras 50% Diurnas	006:25 hs	167,32				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:53 hs	90,43				
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	004:17 hs	16,77				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:22 hs	39,65				
64	Periculosidade	30,00 %	724,65				
74	Triênio	3,00 %	72,46				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.256,06			
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		163,43			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		326,86			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		84,77			
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		09/2025		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			
1724	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		45,65			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	167,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	335,28				
1792	Vale Alimentacao (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		710,00				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			7,10			
1950	INSS	12,00 %		316,61			
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador			522,86			
	Contrato: 2662664503 IF: 341	5/10		522,86			
4008	Devol./Desc Empréstimo Credito Trabalhador-Adto		209,14				
		Total		4.556,91			
		Total Líquido		1.832,46			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.415,49	3.526,77	3.526,77	282,14	1.663,51	0,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		09/2025		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	26 Dias	2.093,42				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	4 Dias	322,07				
35	Horas Extras 50% Diurnas	006:25 hs	167,32				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:53 hs	90,43				
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	004:17 hs	16,77				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:22 hs	39,65				
64	Periculosidade	30,00 %	724,65				
74	Triênio	3,00 %	72,46				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.256,06			
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		163,43			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		326,86			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		84,77			
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		09/2025		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			
1724	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		45,65			
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	167,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	335,28				
1792	Vale Alimentacao (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		710,00				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			7,10			
1950	INSS	12,00 %		316,61			
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador			522,86			
	Contrato: 2662664503 IF: 341	5/10		522,86			
4008	Devol./Desc Empréstimo Credito Trabalhador-Adto		209,14				
		Total		4.556,91			
		Total Líquido		1.832,46			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.415,49	3.526,77	3.526,77	282,14	1.663,51	0,00	01	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____