

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA | | Demonstrativo de Pagamento de Salário | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|----------|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA | | 07/2025 | | Mensal | | |
| CNPJ 22.849.328/0005-43 | | CPF: 598.163.685-87 | | | | |
| Cadastro 490 | Nome do Funcionário JOSE MEDEIROS DE ARAUJO NETO | CBO 782510 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 01 |
| Motorista Carreiro | | Data Admissão: | | 24/01/2024 | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | |
| 1 | Salario Base | 19 Dias | 2.133,46 | | | |
| 19 | Horas Lic.Médica Diurnas | 11 Dias | 1.235,16 | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 024:58 hs | 734,02 | | | |
| 56 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas | 020:43 hs | 93,86 | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 005:45 hs | 108,74 | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 1.010,59 | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.751,68 | | |
| 1445 | Plano de Saúde/Odontológico | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 94,89 | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 189,78 | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 57,06 | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 95,98 | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | |
| 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 | | 07/2025 | | Mensal | | |
| CNPJ 22.849.328/0005-43 | | CPF: 598.163.685-87 | | | | |
| Cadastro 490 | Nome do Funcionário JOSE MEDEIROS DE ARAUJO NETO | CBO 782510 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 02 |
| Motorista Carreiro | | Data Admissão: | | 24/01/2024 | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 147,64 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 295,28 | | | |
| 1861 | Prêmio por desempenho | | 680,70 | | | |
| 1863 | Premiação SASCAR | | 336,00 | | | |
| 1920 | IRRF | 22,50 % | | 187,94 | | |
| 1950 | INSS | 14,00 % | | 553,80 | | |
| | | Total | | 6.332,53 | | |
| | | Total Líquido | | 3.401,40 | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep |
| 3.368,62 | 5.315,83 | 5.315,83 | 425,26 | 3.837,46 | 22,50 | 01 |

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA | | Demonstrativo de Pagamento de Salário | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|----------|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA | | 07/2025 | | Mensal | | |
| CNPJ 22.849.328/0005-43 | | CPF: 598.163.685-87 | | | | |
| Cadastro 490 | Nome do Funcionário JOSE MEDEIROS DE ARAUJO NETO | CBO 782510 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 01 |
| Motorista Carreiro | | Data Admissão: | | 24/01/2024 | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | |
| 1 | Salario Base | 19 Dias | 2.133,46 | | | |
| 19 | Horas Lic.Médica Diurnas | 11 Dias | 1.235,16 | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 024:58 hs | 734,02 | | | |
| 56 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas | 020:43 hs | 93,86 | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 005:45 hs | 108,74 | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 1.010,59 | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.751,68 | | |
| 1445 | Plano de Saúde/Odontológico | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 94,89 | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 189,78 | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 57,06 | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 95,98 | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | |
| 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 | | 07/2025 | | Mensal | | |
| CNPJ 22.849.328/0005-43 | | CPF: 598.163.685-87 | | | | |
| Cadastro 490 | Nome do Funcionário JOSE MEDEIROS DE ARAUJO NETO | CBO 782510 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 02 |
| Motorista Carreiro | | Data Admissão: | | 24/01/2024 | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 147,64 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 295,28 | | | |
| 1861 | Prêmio por desempenho | | 680,70 | | | |
| 1863 | Premiação SASCAR | | 336,00 | | | |
| 1920 | IRRF | 22,50 % | | 187,94 | | |
| 1950 | INSS | 14,00 % | | 553,80 | | |
| | | Total | | 6.332,53 | | 2.931,13 |
| | | Total Líquido | | 3.401,40 | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep |
| 3.368,62 | 5.315,83 | 5.315,83 | 425,26 | 3.837,46 | 22,50 | 01 |

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____