

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: 011.529.995-59				
Cadastro 521	Nome do Funcionário CLEITON SANTANA DE OLIVEIRA		CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01
Motorista Carreiro			Data Admissão:		04/09/2024		
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1	Salario Base		26 Dias	2.754,21			
19	Horas Lic.Médica Diurnas		4 Dias	423,73			
35	Horas Extras 50% Diurnas		043:05 hs	1.212,64			
49	Horas Extras 100% Diurnas		004:17 hs	156,49			
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas		008:35 hs	36,19			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas		018:22 hs	342,28			
64	Periculosidade		30,00 %	953,38			
820	Desconto Adiantamento - IRRF					1.652,53	
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	
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA		30,00			18,25	
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA		30,00			36,50	
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				06/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0005-43			CPF: 011.529.995-59				
Cadastro 521	Nome do Funcionário CLEITON SANTANA DE OLIVEIRA		CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02
Motorista Carreiro			Data Admissão:		04/09/2024		
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			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA		30,00	13,11			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA		30,00	26,22			
1861	Prêmio por desempenho			743,21			
1867	Taxa Assistencial		1,00 Dia			194,76	
1920	IRRF		22,50 %			257,67	
1950	INSS		14,00 %			632,63	
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 9658 Conta: 31435-7			Total		6.622,13		3.077,01
			Total Líquido		3.545,12		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.177,94		5.878,92	5.878,92	470,31	4.147,38	22,50	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: 011.529.995-59				
Cadastro 521	Nome do Funcionário CLEITON SANTANA DE OLIVEIRA		CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01
Motorista Carreiro			Data Admissão:		04/09/2024		
Ev	Descrição		Referência	Proventos		Descontos	
1	Salario Base		26 Dias	2.754,21			
19	Horas Lic.Médica Diurnas		4 Dias	423,73			
35	Horas Extras 50% Diurnas		043:05 hs	1.212,64			
49	Horas Extras 100% Diurnas		004:17 hs	156,49			
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas		008:35 hs	36,19			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas		018:22 hs	342,28			
64	Periculosidade		30,00 %	953,38			
820	Desconto Adiantamento - IRRF					1.652,53	
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	
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA		30,00			18,25	
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA		30,00			36,50	
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				06/2025		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0005-43			CPF: 011.529.995-59				
Cadastro 521	Nome do Funcionário CLEITON SANTANA DE OLIVEIRA		CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02
Motorista Carreiro			Data Admissão:		04/09/2024		
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			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA		30,00	13,11			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA		30,00	26,22			
1861	Prêmio por desempenho			743,21			
1867	Taxa Assistencial		1,00 Dia			194,76	
1920	IRRF		22,50 %			257,67	
1950	INSS		14,00 %			632,63	
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 9658 Conta: 31435-7			Total		6.622,13		3.077,01
			Total Líquido		3.545,12		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.177,94		5.878,92	5.878,92	470,31	4.147,38	22,50	01
Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____							