

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: 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	28 Dias	3.144,05				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	2 Dias	224,57				
35	Horas Extras 50% Diurnas	034:05 hs	1.016,67				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:03 hs	120,76				
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	004:17 hs	19,14				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:45 hs	168,51				
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			
	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		07/2025		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		751,55				
1920	IRRF	22,50 %		203,45			
1950	INSS	14,00 %		608,18			
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 9658 Conta: 31435-7		Total		6.455,84		2.902,73	
		Total Líquido		3.553,11			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	5.704,29	5.704,29	456,34	3.906,39	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: 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	28 Dias	3.144,05				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	2 Dias	224,57				
35	Horas Extras 50% Diurnas	034:05 hs	1.016,67				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:03 hs	120,76				
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	004:17 hs	19,14				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:45 hs	168,51				
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			
	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		07/2025		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		751,55				
1920	IRRF	22,50 %		203,45			
1950	INSS	14,00 %		608,18			
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 9658 Conta: 31435-7		Total		6.455,84		2.902,73	
		Total Líquido		3.553,11			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	5.704,29	5.704,29	456,34	3.906,39	22,50	01	
Recebi em: ____/____/____		Assinatura: _____					