

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 517.239.485-00				
Cadastro 522	Nome do Funcionário JOSE HUMBERTO PRAZERES 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	22 Dias	2.330,49			
19	Horas Lic.Médica Diurnas	8 Dias	847,45			
35	Horas Extras 50% Diurnas	013:53 hs	382,17			
49	Horas Extras 100% Diurnas	006:62 hs	249,13			
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	014:73 hs	63,85			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	006:43 hs	121,40			
64	Periculosidade	30,00 %	953,38			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	000:43 hs	1,68			
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	002:33 hs	8,76			
1445	Plano de Saúde/Odontológico					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28		
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		05/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 517.239.485-00				
Cadastro 522	Nome do Funcionário JOSE HUMBERTO PRAZERES 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		
1724	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28		
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
1861	Prêmio por desempenho		662,75			
1863	Premiação SASCAR		336,00			
1920	IRRF	15,00 %		147,52		
1950	INSS	14,00 %		503,74		
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 5634 Conta: 45353-3		Total		5.957,06		2.609,73
		Total Líquido		3.347,33		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.177,94	4.958,31	4.958,31	396,66	3.611,20	15,00	01

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário				
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		05/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 517.239.485-00				
Cadastro 522	Nome do Funcionário JOSE HUMBERTO PRAZERES 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	22 Dias	2.330,49			
19	Horas Lic.Médica Diurnas	8 Dias	847,45			
35	Horas Extras 50% Diurnas	013:53 hs	382,17			
49	Horas Extras 100% Diurnas	006:62 hs	249,13			
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	014:73 hs	63,85			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	006:43 hs	121,40			
64	Periculosidade	30,00 %	953,38			
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	000:43 hs	1,68			
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	002:33 hs	8,76			
1445	Plano de Saúde/Odontológico					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28		
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		05/2025		Mensal		
CNPJ 22.849.328/0005-43		CPF: 517.239.485-00				
Cadastro 522	Nome do Funcionário JOSE HUMBERTO PRAZERES 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		
1724	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28		
	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA					
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11			
1861	Prêmio por desempenho		662,75			
1863	Premiação SASCAR		336,00			
1920	IRRF	15,00 %		147,52		
1950	INSS	14,00 %		503,74		
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 5634 Conta: 45353-3		Total		5.957,06		
		Total Líquido		2.609,73		
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.177,94	4.958,31	4.958,31	396,66	3.611,20	15,00	01

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____