

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: 027.361.615-30					
Cadastro 533	Nome do Funcionário JOSE CARRILHO DE SOUZA FILHO	CBO 342110	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Assistente de Operações		Data Admissão:		25/11/2024			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	2.278,76				
35	Horas Extras 50% Diurnas	006:30 hs	134,56				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:05 hs	86,86				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:98 hs	42,58				
64	Periculosidade	30,00 %	683,63				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.184,96			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	010:18 hs	27,46				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	053:02 hs	142,78				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		177,38			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		581,65			
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: 027.361.615-30					
Cadastro 533	Nome do Funcionário JOSE CARRILHO DE SOUZA FILHO	CBO 342110	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Assistente de Operações		Data Admissão:		25/11/2024			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	248,86				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1792	Vale Alimentação (PAT)		105,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		662,50				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,05			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			6,63			
1950	INSS	12,00 %		301,00			
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 8944 Conta: 0049078-1		Total		4.164,13		2.405,64	
		Total Líquido		1.758,49			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.278,76	3.396,63	3.396,63	271,73	1.531,49	0,00	02	

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: 027.361.615-30					
Cadastro 533	Nome do Funcionário JOSE CARRILHO DE SOUZA FILHO	CBO 342110	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Assistente de Operações		Data Admissão:		25/11/2024			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	2.278,76				
35	Horas Extras 50% Diurnas	006:30 hs	134,56				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:05 hs	86,86				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	002:98 hs	42,58				
64	Periculosidade	30,00 %	683,63				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.184,96			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	010:18 hs	27,46				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	053:02 hs	142,78				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		177,38			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		64,28			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		581,65			
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: 027.361.615-30					
Cadastro 533	Nome do Funcionário JOSE CARRILHO DE SOUZA FILHO	CBO 342110	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Assistente de Operações		Data Admissão:		25/11/2024			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	124,43				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	248,86				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1792	Vale Alimentação (PAT)		105,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		662,50				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,05			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			6,63			
1950	INSS	12,00 %		301,00			
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 8944 Conta: 0049078-1		Total		4.164,13		2.405,64	
		Total Líquido		1.758,49			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.278,76	3.396,63	3.396,63	271,73	1.531,49	0,00	02	

Recebi em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_