

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: 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	014:33 hs	309,72				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:00 hs	28,81				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	005:87 hs	84,63				
64	Periculosidade	30,00 %	683,63				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.184,96			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	015:35 hs	41,37				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	061:45 hs	165,49				
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		64,28			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		40,12			
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: 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	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1792	Vale Alimentação (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		803,50				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			8,04			
1867	Taxa Assistencial	1,00 Dia		119,75			
1950	INSS	12,00 %		324,49			
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 8944 Conta: 0049078-1		Total		4.506,91		2.027,42	
		Total Líquido		2.479,49			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.278,76	3.592,41	3.592,41	287,39	1.703,78	0,00	02	

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: 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	014:33 hs	309,72				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:00 hs	28,81				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	005:87 hs	84,63				
64	Periculosidade	30,00 %	683,63				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.184,96			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	015:35 hs	41,37				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	061:45 hs	165,49				
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		64,28			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		40,12			
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: 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	147,64				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	295,28				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1792	Vale Alimentação (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeição (PAT)		803,50				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			8,04			
1867	Taxa Assistencial	1,00 Dia		119,75			
1950	INSS	12,00 %		324,49			
Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 8944 Conta: 0049078-1		Total		4.506,91		2.027,42	
		Total Líquido		2.479,49			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.278,76	3.592,41	3.592,41	287,39	1.703,78	0,00	02	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____