

| 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: 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 | 2.415,49 | | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 013:13 hs | 299,42 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 010:30 hs | 313,09 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 005:97 hs | 90,74 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 724,65 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.256,06 | | | |
| 1391 | Dsr sobre Adic.Noturno | 009:20 hs | 26,27 | | | | |
| 1392 | ADICIONAL NOTURNO (V) | 062:12 hs | 177,32 | | | | |
| 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 | | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 147,64 | | | | |
| 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: 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 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 295,28 | | | | |
| | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | 13,11 | | | | |
| 1778 | Reembolso Desconto Sindical Indevido | | 126,93 | | | | |
| 1792 | Vale Alimentação (PAT) | | 111,00 | | | | |
| 1793 | Ticket Refeição (PAT) | | 660,00 | | | | |
| 1794 | Desc.Ticket Aliment.(PAT) | | | 1,11 | | | |
| 1795 | Desc.Ticket Refeicao (PAT) | | | 6,60 | | | |
| 1950 | INSS | 12,00 % | | 379,04 | | | |
| 4004 | Empréstimo Crédito do Trabalhador | | | 626,52 | | | |
| 4008 | Devol./Desc Empréstimo Crédito Trabalhador-Adto | | 250,61 | | | | |
| Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 8944 Conta: 0049078-1 | | Total | | 5.195,52 | | 2.618,28 | |
| | | Total Líquido | | 2.577,24 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 2.415,49 | 4.046,98 | 4.046,98 | 323,75 | 2.032,70 | 0,00 | 02 | |

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: 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 | 2.415,49 | | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 013:13 hs | 299,42 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 010:30 hs | 313,09 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 005:97 hs | 90,74 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 724,65 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.256,06 | | | |
| 1391 | Dsr sobre Adic.Noturno | 009:20 hs | 26,27 | | | | |
| 1392 | ADICIONAL NOTURNO (V) | 062:12 hs | 177,32 | | | | |
| 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 | | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 147,64 | | | | |
| 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: 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 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 295,28 | | | | |
| | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00 | 13,11 | | | | |
| 1778 | Reembolso Desconto Sindical Indevido | | 126,93 | | | | |
| 1792 | Vale Alimentação (PAT) | | 111,00 | | | | |
| 1793 | Ticket Refeição (PAT) | | 660,00 | | | | |
| 1794 | Desc.Ticket Aliment.(PAT) | | | 1,11 | | | |
| 1795 | Desc.Ticket Refeicao (PAT) | | | 6,60 | | | |
| 1950 | INSS | 12,00 % | | 379,04 | | | |
| 4004 | Empréstimo Crédito do Trabalhador | | | 626,52 | | | |
| 4008 | Devol./Desc Empréstimo Crédito Trabalhador-Adto | | 250,61 | | | | |
| Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 8944 Conta: 0049078-1 | | Total | | 5.195,52 | | 2.618,28 | |
| | | Total Líquido | | 2.577,24 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 2.415,49 | 4.046,98 | 4.046,98 | 323,75 | 2.032,70 | 0,00 | 02 | |

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____