

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		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	26 Dias	2.093,42				
18	P.L.R		250,00				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	4 Dias	322,07				
35	Horas Extras 50% Diurnas	008:47 hs	190,39				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:92 hs	57,47				
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	003:90 hs	12,85				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	003:17 hs	47,67				
64	Periculosidade	30,00 %	724,65				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.256,06			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	010:70 hs	25,49				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	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			
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		08/2025		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 Alimentacao (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		690,00				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			6,90			
1950	INSS	12,00 %		326,19			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	046:43 hs	132,55				
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador			626,52			
4008	Devol./Desc Empréstimo Credito Trabalhador-Adto		250,61				
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 8944 Conta: 0049078-1		Total		4.908,17		2.565,73	
		Total Líquido		2.342,44			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.415,49	3.606,56	3.606,56	288,52	1.645,13	0,00	02	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____

0530-A G B LOGISTICA LTDA		Demonstrativo de Pagamento de Salário					
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA		08/2025		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	26 Dias	2.093,42				
18	P.L.R		250,00				
19	Horas Lic.Médica Diurnas	4 Dias	322,07				
35	Horas Extras 50% Diurnas	008:47 hs	190,39				
49	Horas Extras 100% Diurnas	001:92 hs	57,47				
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas	003:90 hs	12,85				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	003:17 hs	47,67				
64	Periculosidade	30,00 %	724,65				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.256,06			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	010:70 hs	25,49				
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	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			
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		08/2025		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 Alimentacao (PAT)		111,00				
1793	Ticket Refeicao (PAT)		690,00				
1794	Desc.Ticket Aliment.(PAT)			1,11			
1795	Desc.Ticket Refeicao (PAT)			6,90			
1950	INSS	12,00 %		326,19			
2096	ADICIONAL NOTURNO (V)	046:43 hs	132,55				
4004	Empréstimo Crédito do Trabalhador			626,52			
4008	Devol./Desc Empréstimo Credito Trabalhador-Adto		250,61				
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 8944 Conta: 0049078-1		Total		4.908,17		2.565,73	
		Total Líquido		2.342,44			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
2.415,49	3.606,56	3.606,56	288,52	1.645,13	0,00	02	

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____