

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: 640.866.155-68					
Cadastro 100	Nome do Funcionário ELISEU DE OLIVEIRA QUEIROZ	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	038:25 hs	1.229,41				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:03 hs	129,99				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	012:20 hs	261,42				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF				1.652,53		
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	017:52 hs	68,37				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	091:15 hs	355,50				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			88,69		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			266,07		
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			2,84		
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00			8,52		
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: 640.866.155-68					
Cadastro 100	Nome do Funcionário ELISEU DE OLIVEIRA QUEIROZ	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			191,96		
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	373,29				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
1861	Prêmio por desempenho		645,89				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %			356,95		
1950	INSS	14,00 %			696,47		
		Total		7.316,80		3.264,03	
		Total Líquido		4.052,77			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	6.334,91	6.334,91	506,79	4.588,62	22,50	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: 640.866.155-68					
Cadastro 100	Nome do Funcionário ELISEU DE OLIVEIRA QUEIROZ	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	038:25 hs	1.229,41				
49	Horas Extras 100% Diurnas	003:03 hs	129,99				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	012:20 hs	261,42				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	017:52 hs	68,37				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	091:15 hs	355,50				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		266,07			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		2,84			
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		8,52			
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: 640.866.155-68					
Cadastro 100	Nome do Funcionário ELISEU DE OLIVEIRA QUEIROZ	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		01/02/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		191,96			
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	373,29				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
1861	Prêmio por desempenho		645,89				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		356,95			
1950	INSS	14,00 %		696,47			
		Total		7.316,80		3.264,03	
		Total Líquido		4.052,77			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	6.334,91	6.334,91	506,79	4.588,62	22,50	02	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____