

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: 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	049:55 hs	1.497,18				
49	Horas Extras 100% Diurnas	004:78 hs	192,71				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	020:97 hs	422,47				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	007:25 hs	28,28				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	029:00 hs	113,11				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67			
	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		06/2025		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 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		24,35			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		236,83			
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	442,92				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
1861	Prêmio por desempenho		694,40				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	27,50 %		415,93			
1950	INSS	14,00 %		725,73			
		Total		7.574,37		3.446,29	
		Total Líquido		4.128,08			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	6.543,97	6.543,97	523,51	4.816,93	27,50	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: 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	049:55 hs	1.497,18				
49	Horas Extras 100% Diurnas	004:78 hs	192,71				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	020:97 hs	422,47				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	007:25 hs	28,28				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	029:00 hs	113,11				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		94,89			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		284,67			
	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		06/2025		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 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		24,35			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		236,83			
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	442,92				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,97				
	4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	41,91				
1861	Prêmio por desempenho		694,40				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	27,50 %		415,93			
1950	INSS	14,00 %		725,73			
		Total		7.574,37		3.446,29	
		Total Líquido		4.128,08			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	6.543,97	6.543,97	523,51	4.816,93	27,50	02	

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____