

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: 048.093.125-93					
Cadastro 597	Nome do Funcionário LUCAS DOS SANTOS OLIVEIRA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		07/07/2025			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.368,62				
35	Horas Extras 50% Diurnas	050:70 hs	1.513,81				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:30 hs	91,57				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	015:50 hs	308,73				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		245,48			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		245,48			
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	147,64				
1920	IRRF	15,00 %		126,61			
1950	INSS	14,00 %		690,64			
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 2642 Conta: 31538-2							
Total			6.293,32	3.059,89			
Total Líquido				3.233,43			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	6.293,32	6.293,32	503,46	3.471,82	15,00	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: 048.093.125-93					
Cadastro 597	Nome do Funcionário LUCAS DOS SANTOS OLIVEIRA	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		07/07/2025			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.368,62				
35	Horas Extras 50% Diurnas	050:70 hs	1.513,81				
49	Horas Extras 100% Diurnas	002:30 hs	91,57				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	015:50 hs	308,73				
64	Periculosidade	30,00 %	1.010,59				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.751,68			
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		245,48			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		245,48			
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	147,64				
1920	IRRF	15,00 %		126,61			
1950	INSS	14,00 %		690,64			
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 2642 Conta: 31538-2							
Total			6.293,32	3.059,89			
Total Líquido				3.233,43			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.368,62	6.293,32	6.293,32	503,46	3.471,82	15,00	02	
Recebi em: ____/____/____		Assinatura: _____					