

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: 567.500.055-00					
Cadastro 128	Nome do Funcionário LORIEL ANDRADE	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		18/04/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	024:13 hs	810,59				
49	Horas Extras 100% Diurnas	004:33 hs	194,06				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:62 hs	193,20				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	026:30 hs	102,58				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	136:77 hs	533,42				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		177,38			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		41,27			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
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: 567.500.055-00					
Cadastro 128	Nome do Funcionário LORIEL ANDRADE	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		18/04/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		147,87			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		113,17			
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	248,86				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1861	Prêmio por desempenho		637,36				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		356,89			
1950	INSS	14,00 %		666,95			
		Total		7.097,43			
		Total Líquido		3.852,68			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	6.124,07	6.124,07	489,92	4.588,36	22,50	01	

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: 567.500.055-00					
Cadastro 128	Nome do Funcionário LORIEL ANDRADE	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 01	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		18/04/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
1	Salario Base	30 Dias	3.177,94				
35	Horas Extras 50% Diurnas	024:13 hs	810,59				
49	Horas Extras 100% Diurnas	004:33 hs	194,06				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	008:62 hs	193,20				
64	Periculosidade	30,00 %	953,38				
78	Quinquênio	5,00 %	158,90				
820	Desconto Adiantamento - IRRF			1.652,53			
1391	Dsr sobre Adic.Noturno	026:30 hs	102,58				
1392	ADICIONAL NOTURNO (V)	136:77 hs	533,42				
1445	Plano de Saúde/Odontológico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		88,69			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		177,38			
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00		41,27			
1447	Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto						
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: 567.500.055-00					
Cadastro 128	Nome do Funcionário LORIEL ANDRADE	CBO 782510	Empresa 530	Local 5	Departamento 001.000.000	FL 02	
Motorista Carreiro		Data Admissão:		18/04/2016			
Ev	Descrição	Referência	Proventos	Descontos			
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		147,87			
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00		113,17			
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	248,86				
	3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA	30,00	13,11				
1861	Prêmio por desempenho		637,36				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1920	IRRF	22,50 %		356,89			
1950	INSS	14,00 %		666,95			
		Total		7.097,43			
		Total Líquido		3.852,68			
Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep	
3.177,94	6.124,07	6.124,07	489,92	4.588,36	22,50	01	

Recebi em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_