

| 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: 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 | 030:92 hs | 1.051,26 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 005:08 hs | 230,47 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 014:13 hs | 320,43 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 953,38 | | | | |
| 78 | Quinquênio | 5,00 % | 158,90 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.652,53 | | | |
| 1391 | Dsr sobre Adic.Noturno | 035:73 hs | 139,38 | | | | |
| 1392 | ADICIONAL NOTURNO (V) | 142:95 hs | 557,53 | | | | |
| 1445 | Plano de Saúde/Odontológico | | | | | | |
| | 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 | | 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 | | 06/2025 | | 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 | | | |
| 1724 | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 24,35 | | | |
| | 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 | | | | |
| 1861 | Prêmio por desempenho | | 678,98 | | | | |
| 1863 | Premiação SASCAR | | 336,00 | | | | |
| 1920 | IRRF | 27,50 % | | 474,54 | | | |
| 1950 | INSS | 14,00 % | | 732,08 | | | |
| | | Total | | 7.604,27 | | | |
| | | Total Líquido | | 4.394,83 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 3.177,94 | 6.589,29 | 6.589,29 | 527,14 | 5.030,07 | 27,50 | 01 | |

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: 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 | 030:92 hs | 1.051,26 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 005:08 hs | 230,47 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 014:13 hs | 320,43 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 953,38 | | | | |
| 78 | Quinquênio | 5,00 % | 158,90 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.652,53 | | | |
| 1391 | Dsr sobre Adic.Noturno | 035:73 hs | 139,38 | | | | |
| 1392 | ADICIONAL NOTURNO (V) | 142:95 hs | 557,53 | | | | |
| 1445 | Plano de Saúde/Odontológico | | | | | | |
| | 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 | | 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 | | 06/2025 | | 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 | | | |
| 1724 | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 24,35 | | | |
| | 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 | | | | |
| 1861 | Prêmio por desempenho | | 678,98 | | | | |
| 1863 | Premiação SASCAR | | 336,00 | | | | |
| 1920 | IRRF | 27,50 % | | 474,54 | | | |
| 1950 | INSS | 14,00 % | | 732,08 | | | |
| | | Total | | 7.604,27 | | 3.209,44 | |
| | | Total Líquido | | 4.394,83 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 3.177,94 | 6.589,29 | 6.589,29 | 527,14 | 5.030,07 | 27,50 | 01 | |

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____