

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA				08/2026		Mensal	
CNPJ		22.849.328/0005-43		CPF: 024.162.575-01			
Cadastro 524	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	MARCIO CAMPOS CARVALHO		782510	530	5	001.000.000	01
Motorista Carreteiro		Data Admissão:		04/09/2024			
Ev	Descrição			Referência	Proventos		Descontos
1	Salario Base			28 Dias	3.301,25		
19	Horas Lic.Médica Diurnas			2 Dias	235,80		
35	Horas Extras 50% Diurnas			038:08 hs	1.193,96		
49	Horas Extras 100% Diurnas			004:00 hs	167,21		
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas			004:30 hs	20,74		
59	DSR S/Horas Extras Diurnas			012:52 hs	261,76		
64	Periculosidade			30,00 %	1.061,12		
343	Vales						290,00
820	Desconto Adiantamento - IRRF						1.839,27
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			103,25
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			309,75
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			49,58
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				08/2026		Mensal	
CNPJ		22.849.328/0005-43		CPF: 024.162.575-01			
Cadastro 524	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	MARCIO CAMPOS CARVALHO		782510	530	5	001.000.000	01
Motorista Carreteiro		Data Admissão:		04/09/2024			
Ev	Descrição			Referência	Proventos		Descontos
1	Salario Base			28 Dias	3.301,25		
19	Horas Lic.Médica Diurnas			2 Dias	235,80		
35	Horas Extras 50% Diurnas			038:08 hs	1.193,96		
49	Horas Extras 100% Diurnas			004:00 hs	167,21		
56	Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas			004:30 hs	20,74		
59	DSR S/Horas Extras Diurnas			012:52 hs	261,76		
64	Periculosidade			30,00 %	1.061,12		
343	Vales						290,00
820	Desconto Adiantamento - IRRF						1.839,27
1445	Plano de Saude/Odontologico						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			103,25
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			309,75
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA			30,00			49,58
Continua...				Total			
				Total Líquido			
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
Recebi em: / / Assinatura: _____							