

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA				03/2026		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0005-43			CPF: 281.923.115-20				
Cadastro 65	Nome do Funcionário ANTONIO CESAR DE JESUS		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	8 Dias		898,30			
35	Horas Extras 50% Diurnas	019:22 hs		595,84			
49	Horas Extras 100% Diurnas	005:20 hs		214,98			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	007:53 hs		155,93			
64	Periculosidade	30,00 %		269,49			
78	Quinquênio	5,00 %		44,91			
250	13o Salário Adiantamento			1.684,31			
254	Periculosidade 13o Sal.Adiantamento			505,29			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00				523,53	
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00				10,73	
1861	Prêmio por desempenho			698,68			
1863	Premiação SASCAR			336,00			
1950	INSS	14,00 %				230,55	
<b>Total</b>				<b>5.403,73</b>		<b>764,81</b>	
<b>Total Líquido</b>						<b>4.638,92</b>	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
3.368,62		8.475,55	11.396,06	911,67	2.606,93	7,50	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA				03/2026		Mensal	
CNPJ 22.849.328/0005-43			CPF: 281.923.115-20				
Cadastro 65	Nome do Funcionário ANTONIO CESAR DE JESUS		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	8 Dias		898,30			
35	Horas Extras 50% Diurnas	019:22 hs		595,84			
49	Horas Extras 100% Diurnas	005:20 hs		214,98			
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	007:53 hs		155,93			
64	Periculosidade	30,00 %		269,49			
78	Quinquênio	5,00 %		44,91			
250	13o Salário Adiantamento			1.684,31			
254	Periculosidade 13o Sal.Adiantamento			505,29			
1447	Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto						
	1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00				523,53	
	2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00				10,73	
1861	Prêmio por desempenho			698,68			
1863	Premiação SASCAR			336,00			
1950	INSS	14,00 %				230,55	
<b>Total</b>				<b>5.403,73</b>		<b>764,81</b>	
<b>Total Líquido</b>						<b>4.638,92</b>	
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Base IRRF C/Ded Simp	Faixa	Dep
3.368,62		8.475,55	11.396,06	911,67	2.606,93	7,50	00
Recebi em: ____/____/____				Assinatura: _____			