

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: 064.155.365-08				
Cadastro 653	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	ALEX LEE BISCARDE DOS SANTOS		782510	530	5	001.000.000	01
Motorista Carreiro		Data Admissão:			19/01/2026		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	3.368,62				
35	Horas Extras 50% Diurnas	049:42 hs	1.475,50				
49	Horas Extras 100% Diurnas	004:58 hs	182,47				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	016:02 hs	318,84				
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			199,05		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			358,94		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	212,25				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	424,50				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1950	INSS	14,00 %			691,34		
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 7718 Conta: 43101-3			Total		6.692,02		3.001,01
			Total Líquido		3.691,01		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.368,62		6.356,02	6.356,02	508,48	3.869,82	22,50	02
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: 064.155.365-08				
Cadastro 653	Nome do Funcionário		CBO	Empresa	Local	Departamento	FL
	ALEX LEE BISCARDE DOS SANTOS		782510	530	5	001.000.000	01
Motorista Carreiro		Data Admissão:			19/01/2026		
Ev	Descrição	Referência	Proventos		Descontos		
1	Salario Base	30 Dias	3.368,62				
35	Horas Extras 50% Diurnas	049:42 hs	1.475,50				
49	Horas Extras 100% Diurnas	004:58 hs	182,47				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	016:02 hs	318,84				
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			199,05		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			358,94		
1724	Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA						
	1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	212,25				
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00	424,50				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1950	INSS	14,00 %			691,34		
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 7718 Conta: 43101-3			Total		6.692,02		3.001,01
			Total Líquido		3.691,01		
Salário Base		Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
3.368,62		6.356,02	6.356,02	508,48	3.869,82	22,50	02
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				