

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA				04/2026		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	028:05 hs	837,52				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	010:52 hs	209,38				
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			114,47		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			189,78		
1724	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				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1950	INSS	14,00 %			561,15		
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 7718 Conta: 43101-3			Total		5.762,11		2.617,08
			Total Líquido		3.145,03		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
	3.368,62	5.426,11	5.426,11	434,08	3.070,10	15,00	02
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				

0530-A G B LOGISTICA LTDA				Demonstrativo de Pagamento de Salário			
A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA				04/2026		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	028:05 hs	837,52				
59	DSR S/Horas Extras Diurnas	010:52 hs	209,38				
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			114,47		
	2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	30,00			189,78		
1724	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				
1863	Premiação SASCAR		336,00				
1950	INSS	14,00 %			561,15		
Banco: 341 Itau S/A - Agência: 7718 Conta: 43101-3			Total		5.762,11		2.617,08
			Total Líquido		3.145,03		
	Salário Base	Sal Cont INSS	Bas Cálc FGTS	FGTS Mês	Bas Cálc IRRF	Faixa	Dep
	3.368,62	5.426,11	5.426,11	434,08	3.070,10	15,00	02
Recebi em: ____/____/____			Assinatura: _____				