

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA | | Demonstrativo de Pagamento de Salário | | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA | | 01/2026 | | Mensal | | | |
| CNPJ 22.849.328/0005-43 | | CPF: 575.773.585-68 | | | | | |
| Cadastro 356 | Nome do Funcionário WESLEY MENESES DE OLIVEIRA | CBO 782510 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 01 | |
| Motorista Carreiro | | Data Admissão: | | 23/08/2021 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 1 | Salario Base | 30 Dias | 3.368,62 | | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 004:17 hs | 132,53 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 016:00 hs | 678,53 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 007:35 hs | 155,97 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 1.010,59 | | | | |
| 74 | Triênio | 3,00 % | 101,06 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.751,68 | | | |
| 1391 | Dsr sobre Adic.Noturno | 008:77 hs | 29,78 | | | | |
| 1445 | Plano de Saude/Odontologico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 114,47 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 343,41 | | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 73,58 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 36,79 | | | |
| 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 | | 01/2026 | | Mensal | | | |
| CNPJ 22.849.328/0005-43 | | CPF: 575.773.585-68 | | | | | |
| Cadastro 356 | Nome do Funcionário WESLEY MENESES DE OLIVEIRA | CBO 782510 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 02 | |
| Motorista Carreiro | | Data Admissão: | | 23/08/2021 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 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 | 442,92 | | | | |
| 1856 | PREMIO ANUAL | | 3.704,80 | | | | |
| 1861 | Prêmio por desempenho | | 676,73 | | | | |
| 1863 | Premiação SASCAR | | 336,00 | | | | |
| 1920 | IRRF | 27,50 % | | 1.241,28 | | | |
| 1950 | INSS | 14,00 % | | 589,97 | | | |
| 2096 | ADICIONAL NOTURNO (V) | 038:02 hs | 154,84 | | | | |
| | | Total | | 10.349,45 | | | |
| | | Total Líquido | | 6.198,27 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 3.368,62 | 5.631,92 | 5.631,92 | 450,55 | 7.818,21 | 27,50 | 01 | |

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA | | Demonstrativo de Pagamento de Salário | | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA | | 01/2026 | | Mensal | | | |
| CNPJ 22.849.328/0005-43 | | CPF: 575.773.585-68 | | | | | |
| Cadastro 356 | Nome do Funcionário WESLEY MENESES DE OLIVEIRA | CBO 782510 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 01 | |
| Motorista Carreiro | | Data Admissão: | | 23/08/2021 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 1 | Salario Base | 30 Dias | 3.368,62 | | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 004:17 hs | 132,53 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 016:00 hs | 678,53 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 007:35 hs | 155,97 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 1.010,59 | | | | |
| 74 | Triênio | 3,00 % | 101,06 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.751,68 | | | |
| 1391 | Dsr sobre Adic.Noturno | 008:77 hs | 29,78 | | | | |
| 1445 | Plano de Saude/Odontologico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 114,47 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 343,41 | | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 73,58 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 36,79 | | | |
| 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 | | 01/2026 | | Mensal | | | |
| CNPJ 22.849.328/0005-43 | | CPF: 575.773.585-68 | | | | | |
| Cadastro 356 | Nome do Funcionário WESLEY MENESES DE OLIVEIRA | CBO 782510 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 02 | |
| Motorista Carreiro | | Data Admissão: | | 23/08/2021 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 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 | 442,92 | | | | |
| 1856 | PREMIO ANUAL | | 3.704,80 | | | | |
| 1861 | Prêmio por desempenho | | 676,73 | | | | |
| 1863 | Premiação SASCAR | | 336,00 | | | | |
| 1920 | IRRF | 27,50 % | | 1.241,28 | | | |
| 1950 | INSS | 14,00 % | | 589,97 | | | |
| 2096 | ADICIONAL NOTURNO (V) | 038:02 hs | 154,84 | | | | |
| | | Total | | 10.349,45 | | | |
| | | Total Líquido | | 6.198,27 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 3.368,62 | 5.631,92 | 5.631,92 | 450,55 | 7.818,21 | 27,50 | 01 | |

Recebi em: ___/___/___ Assinatura: _____