

| 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: 956.783.013-49 | | | | | |
| Cadastro 416 | Nome do Funcionário JOSE WELLINGTON DOS SANTOS | CBO 914425 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 01 | |
| Mecânico | | Data Admissão: | | 10/06/2022 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 1 | Salario Base | 27 Dias | 2.618,51 | | | | |
| 19 | Horas Lic.Médica Diurnas | 3 Dias | 290,95 | | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 004:25 hs | 112,13 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 003:17 hs | 111,40 | | | | |
| 56 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas | 004:42 hs | 17,52 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 002:43 hs | 42,99 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 872,84 | | | | |
| 74 | Triênio | 3,00 % | 87,28 | | | | |
| 163 | Estouro do Mês | | 63,79 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.512,92 | | | |
| 1445 | Plano de Saude/Odontologico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 163,43 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 278,32 | | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto | | | | | | |
| Continua... | | Total | | | | | |
| | | Total Líquido | | | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Base IRRF C/Ded Simp | 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: 956.783.013-49 | | | | | |
| Cadastro 416 | Nome do Funcionário JOSE WELLINGTON DOS SANTOS | CBO 914425 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 02 | |
| Mecânico | | Data Admissão: | | 10/06/2022 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 68,98 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 2.510,63 | | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 167,64 | | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 315,28 | | | | |
| 1792 | Vale Alimentacao (PAT) | | 111,00 | | | | |
| 1793 | Ticket Refeicao (PAT) | | 600,00 | | | | |
| 1794 | Desc.Ticket Aliment.(PAT) | | | 1,11 | | | |
| 1795 | Desc.Ticket Refeicao (PAT) | | | 6,00 | | | |
| 1950 | INSS | 12,00 % | | 387,02 | | | |
| | | Total | | 4.928,41 | | 4.928,41 | |
| | | Total Líquido | | 0,00 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 2.909,45 | 4.153,62 | 4.153,62 | 332,28 | 2.033,50 | 0,00 | 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: 956.783.013-49 | | | | | |
| Cadastro 416 | Nome do Funcionário JOSE WELLINGTON DOS SANTOS | CBO 914425 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 01 | |
| Mecânico | | Data Admissão: | | 10/06/2022 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| 1 | Salario Base | 27 Dias | 2.618,51 | | | | |
| 19 | Horas Lic.Médica Diurnas | 3 Dias | 290,95 | | | | |
| 35 | Horas Extras 50% Diurnas | 004:25 hs | 112,13 | | | | |
| 49 | Horas Extras 100% Diurnas | 003:17 hs | 111,40 | | | | |
| 56 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas | 004:42 hs | 17,52 | | | | |
| 59 | DSR S/Horas Extras Diurnas | 002:43 hs | 42,99 | | | | |
| 64 | Periculosidade | 30,00 % | 872,84 | | | | |
| 74 | Triênio | 3,00 % | 87,28 | | | | |
| 163 | Estouro do Mês | | 63,79 | | | | |
| 820 | Desconto Adiantamento - IRRF | | | 1.512,92 | | | |
| 1445 | Plano de Saude/Odontologico | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 163,43 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 278,32 | | | |
| 1447 | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto | | | | | | |
| Continua... | | Total | | | | | |
| | | Total Líquido | | | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Base IRRF C/Ded Simp | 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: 956.783.013-49 | | | | | |
| Cadastro 416 | Nome do Funcionário JOSE WELLINGTON DOS SANTOS | CBO 914425 | Empresa 530 | Local 5 | Departamento 001.000.000 | FL 02 | |
| Mecânico | | Data Admissão: | | 10/06/2022 | | | |
| Ev | Descrição | Referência | Proventos | Descontos | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 68,98 | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | | 2.510,63 | | | |
| 1724 | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA | | | | | | |
| | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 167,64 | | | | |
| | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00 | 315,28 | | | | |
| 1792 | Vale Alimentacao (PAT) | | 111,00 | | | | |
| 1793 | Ticket Refeicao (PAT) | | 600,00 | | | | |
| 1794 | Desc.Ticket Aliment.(PAT) | | | 1,11 | | | |
| 1795 | Desc.Ticket Refeicao (PAT) | | | 6,00 | | | |
| 1950 | INSS | 12,00 % | | 387,02 | | | |
| | | Total | | 4.928,41 | | 4.928,41 | |
| | | Total Líquido | | 0,00 | | | |
| Salário Base | Sal Cont INSS | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês | Bas Cálc IRRF | Faixa | Dep | |
| 2.909,45 | 4.153,62 | 4.153,62 | 332,28 | 2.033,50 | 0,00 | 01 | |

Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____