

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA          |  | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |               |                             |          |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA |  | 05/2025                               |                | Mensal        |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0005-43            |  | CPF: 011.529.995-59                   |                |               |                             |          |  |
| Cadastro<br>521                    | Nome do Funcionário<br>CLEITON SANTANA DE OLIVEIRA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>5    | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>01 |  |
| Motorista Carreiro                 |  | Data Admissão:                        |                | 04/09/2024    |                             |          |  |
| Ev                                 | Descrição  | Referência                            | Proventos      | Descontos     |                             |          |  |
| 1                                  | Salario Base                                       | 28 Dias                               | 2.966,08       |               |                             |          |  |
| 19                                 | Horas Lic.Médica Diurnas                           | 2 Dias                                | 211,86         |               |                             |          |  |
| 35                                 | Horas Extras 50% Diurnas                           | 026:05 hs                             | 733,78         |               |                             |          |  |
| 49                                 | Horas Extras 100% Diurnas                          | 006:42 hs                             | 240,99         |               |                             |          |  |
| 56                                 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas                 | 004:17 hs                             | 18,06          |               |                             |          |  |
| 59                                 | DSR S/Horas Extras Diurnas                         | 009:97 hs                             | 187,46         |               |                             |          |  |
| 64                                 | Periculosidade                                     | 30,00 %                               | 953,38         |               |                             |          |  |
| 820                                | Desconto Adiantamento - IRRF                       |                                       |                | 1.652,53      |                             |          |  |
| 1445                               | Plano de Saúde/Odontológico                        |                                       |                |               |                             |          |  |
|                                    | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA        | 30,00                                 |                | 88,69         |                             |          |  |
|                                    | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA     | 30,00                                 |                | 177,38        |                             |          |  |
|                                    | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA      | 30,00                                 |                | 18,25         |                             |          |  |
|                                    | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA   | 30,00                                 |                | 36,50         |                             |          |  |
| 1724                               | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA         |                                       |                |               |                             |          |  |
| 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                 |  | 05/2025                               |                | Mensal        |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0005-43                            |  | CPF: 011.529.995-59                   |                |               |                             |          |  |
| Cadastro<br>521                                    | Nome do Funcionário<br>CLEITON SANTANA DE OLIVEIRA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>5    | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>02 |  |
| Motorista Carreiro                                 |  | Data Admissão:                        |                | 04/09/2024    |                             |          |  |
| Ev   | Descrição  | Referência                            | Proventos      | Descontos     |                             |          |  |
|  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA        | 30,00                                 | 124,43         |               |                             |          |  |
|  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA     | 30,00                                 | 248,86         |               |                             |          |  |
|  | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA      | 30,00                                 | 13,11          |               |                             |          |  |
|  | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA   | 30,00                                 | 26,22          |               |                             |          |  |
| 1861   | Prêmio por desempenho                              |                                       | 660,62         |               |                             |          |  |
| 1863   | Premiação SASCAR                                   |                                       | 336,00         |               |                             |          |  |
| 1920   | IRRF   | 22,50 %                               |                | 204,91        |                             |          |  |
| 1950   | INSS   | 14,00 %                               |                | 553,20        |                             |          |  |
| Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 9658 Conta: 31435-7 |  | Total                                 |                | 6.308,23      |                             | 2.731,46 |  |
|  |  | Total Líquido                         |                | 3.576,77      |                             |          |  |
| Salário Base                                       | Sal Cont INSS                                      | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Bas Cálc IRRF | Faixa                       | Dep      |  |
| 3.177,94   | 5.311,61   | 5.311,61                              | 424,92         | 3.912,91      | 22,50                       | 01       |  |

Recebi em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA                   |  | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |               |                             |          |  |
|---|--|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA          |  | 05/2025                               |                | Mensal        |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0005-43                     |  | CPF: 011.529.995-59                   |                |               |                             |          |  |
| Cadastro<br>521                             | Nome do Funcionário<br>CLEITON SANTANA DE OLIVEIRA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>5    | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>01 |  |
| Motorista Carreiro                          |  | Data Admissão:                        |                | 04/09/2024    |                             |          |  |
| Ev  | Descrição  | Referência                            | Proventos      | Descontos     |                             |          |  |
| 1   | Salario Base                                       | 28 Dias                               | 2.966,08       |               |                             |          |  |
| 19  | Horas Lic.Médica Diurnas                           | 2 Dias                                | 211,86         |               |                             |          |  |
| 35  | Horas Extras 50% Diurnas                           | 026:05 hs                             | 733,78         |               |                             |          |  |
| 49  | Horas Extras 100% Diurnas                          | 006:42 hs                             | 240,99         |               |                             |          |  |
| 56  | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas                 | 004:17 hs                             | 18,06          |               |                             |          |  |
| 59  | DSR S/Horas Extras Diurnas                         | 009:97 hs                             | 187,46         |               |                             |          |  |
| 64  | Periculosidade                                     | 30,00 %                               | 953,38         |               |                             |          |  |
| 820   | Desconto Adiantamento - IRRF                       |                                       |                | 1.652,53      |                             |          |  |
| 1445  | Plano de Saúde/Odontológico                        |                                       |                |               |                             |          |  |
|   | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA        | 30,00                                 |                | 88,69         |                             |          |  |
|   | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA     | 30,00                                 |                | 177,38        |                             |          |  |
|   | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA      | 30,00                                 |                | 18,25         |                             |          |  |
|   | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA   | 30,00                                 |                | 36,50         |                             |          |  |
| 1724  | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA         |                                       |                |               |                             |          |  |
| 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                 |  | 05/2025                               |                | Mensal        |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0005-43                            |  | CPF: 011.529.995-59                   |                |               |                             |          |  |
| Cadastro<br>521                                    | Nome do Funcionário<br>CLEITON SANTANA DE OLIVEIRA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>5    | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>02 |  |
| Motorista Carreiro                                 |  | Data Admissão:                        |                | 04/09/2024    |                             |          |  |
| Ev   | Descrição  | Referência                            | Proventos      | Descontos     |                             |          |  |
|  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA        | 30,00                                 | 124,43         |               |                             |          |  |
|  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA     | 30,00                                 | 248,86         |               |                             |          |  |
|  | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA      | 30,00                                 | 13,11          |               |                             |          |  |
|  | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA   | 30,00                                 | 26,22          |               |                             |          |  |
| 1861   | Prêmio por desempenho                              |                                       | 660,62         |               |                             |          |  |
| 1863   | Premiação SASCAR                                   |                                       | 336,00         |               |                             |          |  |
| 1920   | IRRF   | 22,50 %                               |                | 204,91        |                             |          |  |
| 1950   | INSS   | 14,00 %                               |                | 553,20        |                             |          |  |
| Banco: 341 Itaú S/A - Agência: 9658 Conta: 31435-7 |  | Total                                 |                | 6.308,23      |                             | 2.731,46 |  |
|  |  | Total Líquido                         |                | 3.576,77      |                             |          |  |
| Salário Base                                       | Sal Cont INSS                                      | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Bas Cálc IRRF | Faixa                       | Dep      |  |
| 3.177,94   | 5.311,61   | 5.311,61                              | 424,92         | 3.912,91      | 22,50                       | 01       |  |
| Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____        |  |                                       |                |               |                             |          |  |