

|                                                          |                                                |                    |               |                                       |                      |              |     |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|---------------|---------------------------------------|----------------------|--------------|-----|
| 0530-A G B LOGISTICA LTDA                                |                                                |                    |               | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                      |              |     |
| A G B LOGISTICA LTDA   Camacari - BA                     |                                                |                    |               | 07/2026                               |                      | Mensal       |     |
| CNPJ                                                     |                                                | 22.849.328/0005-43 |               | CPF: 286.326.215-72                   |                      |              |     |
| Cadastro<br>81                                           | Nome do Funcionário                            |                    | CBO           | Empresa                               | Local                | Departamento | FL  |
|                                                          | ROBERVAL DOS SANTOS MATOS                      |                    | 782510        | 530                                   | 5                    | 001.000.000  | 01  |
| Motorista Carreteiro                                     |                                                | Data Admissão:     |               | 01/02/2016                            |                      |              |     |
| Ev                                                       | Descrição                                      |                    | Referência    | Proventos                             |                      | Descontos    |     |
| 1                                                        | Salario Base                                   |                    | 17 Dias       | 2.004,33                              |                      |              |     |
| 64                                                       | Periculosidade                                 |                    | 30,00 %       | 601,30                                |                      |              |     |
| 78                                                       | Quinquênio                                     |                    | 5,00 %        | 100,22                                |                      |              |     |
| 820                                                      | Desconto Adiantamento - IRRF                   |                    |               |                                       |                      | 1.042,25     |     |
| 1445                                                     | Plano de Saude/Odontologico                    |                    |               |                                       |                      |              |     |
|                                                          | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA |                    | 30,00         |                                       |                      | 329,33       |     |
|                                                          | 2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    |                    | 30,00         |                                       |                      | 122,83       |     |
| 1447                                                     | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto        |                    |               |                                       |                      |              |     |
|                                                          | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA |                    | 30,00         |                                       |                      | 63,32        |     |
| 1724                                                     | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA     |                    |               |                                       |                      |              |     |
|                                                          | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA |                    | 30,00         | 480,42                                |                      |              |     |
|                                                          | 2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    |                    | 30,00         | 160,14                                |                      |              |     |
| 1861                                                     | Prêmio por desempenho                          |                    |               | 710,59                                |                      |              |     |
| 1950                                                     | INSS                                           |                    | 14,00 %       |                                       |                      | 298,19       |     |
|                                                          |                                                |                    | Total         | 3.416,44                              |                      | 1.855,92     |     |
|                                                          |                                                |                    | Total Líquido |                                       |                      | 1.560,52     |     |
| Salário Base                                             |                                                | Sal Cont INSS      | Bas Cálc FGTS | FGTS Mês                              | Base IRRF C/Ded Simp | Faixa        | Dep |
| 3.537,05                                                 |                                                | 6.841,39           | 6.841,39      | 547,31                                | 1.766,99             | 0,00         | 00  |
| Recebi em:    /    /                         Assinatura: |                                                |                    |               |                                       |                      |              |     |

|                                             |                                                  |                           |                           |                                       |                                  |                             |           |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------|
| 0530-A G B LOGISTICA LTDA                   |                                                  |                           |                           | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                                  |                             |           |
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA          |                                                  |                           |                           | 07/2026                               |                                  | Mensal                      |           |
| CNPJ 22.849.328/0005-43                     |                                                  | CPF: 286.326.215-72       |                           |                                       |                                  |                             |           |
| Cadastro<br>81                              | Nome do Funcionário<br>ROBERVAL DOS SANTOS MATOS |                           | CBO<br>782510             | Empresa<br>530                        | Local<br>5                       | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>01  |
|                                             | Motorista Carreteiro                             |                           | Data Admissão:            |                                       | 01/02/2016                       |                             |           |
|                                             |                                                  |                           |                           |                                       |                                  |                             |           |
| Ev                                          | Descrição                                        |                           | Referência                | Proventos                             |                                  | Descontos                   |           |
| 1                                           | Salario Base                                     |                           | 17 Dias                   | 2.004,33                              |                                  |                             |           |
| 64                                          | Periculosidade                                   |                           | 30,00 %                   | 601,30                                |                                  |                             |           |
| 78                                          | Quinquênio                                       |                           | 5,00 %                    | 100,22                                |                                  |                             |           |
| 820                                         | Desconto Adiantamento - IRRF                     |                           |                           |                                       |                                  | 1.042,25                    |           |
| 1445                                        | Plano de Saude/Odontologico                      |                           |                           |                                       |                                  |                             |           |
|                                             | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA   |                           | 30,00                     |                                       |                                  | 329,33                      |           |
|                                             | 2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA      |                           | 30,00                     |                                       |                                  | 122,83                      |           |
| 1447                                        | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto          |                           |                           |                                       |                                  |                             |           |
|                                             | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA   |                           | 30,00                     |                                       |                                  | 63,32                       |           |
| 1724                                        | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA       |                           |                           |                                       |                                  |                             |           |
|                                             | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA   |                           | 30,00                     | 480,42                                |                                  |                             |           |
|                                             | 2 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA      |                           | 30,00                     | 160,14                                |                                  |                             |           |
| 1861                                        | Prêmio por desempenho                            |                           |                           | 710,59                                |                                  |                             |           |
| 1950                                        | INSS                                             |                           | 14,00 %                   |                                       |                                  | 298,19                      |           |
| Total                                       |                                                  |                           |                           | 3.416,44                              |                                  | 1.855,92                    |           |
| Total Líquido                               |                                                  |                           |                           |                                       |                                  | 1.560,52                    |           |
| Salário Base<br>3.537,05                    |                                                  | Sal Cont INSS<br>6.841,39 | Bas Cálc FGTS<br>6.841,39 | FGTS Mês<br>547,31                    | Base IRRF C/Ded Simp<br>1.766,99 | Faixa<br>0,00               | Dep<br>00 |
| Recebi em: ____/____/____ Assinatura: _____ |                                                  |                           |                           |                                       |                                  |                             |           |