

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA                            |   | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |                      |                             |          |  |
|--|---|---------------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Diadema - SP                    |   | 08/2025                               |                | Mensal               |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0006-24                              |   | CPF: 409.076.088-76                   |                |                      |                             |          |  |
| Cadastro 610   | Nome do Funcionário<br>WESLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA | CBO<br>783225                         | Empresa<br>530 | Local<br>6           | Departamento<br>011.000.000 | FL<br>01 |  |
| Ajudante de Motorista                                |   | Data Admissão:                        |                | 23/07/2025           |                             |          |  |
| Ev   | Descrição   | Referência                            | Proventos      | Descontos            |                             |          |  |
| 1  | Salario Base  | 30 Dias                               | 1.741,20       |                      |                             |          |  |
| 18   | P.L.R   |                                       | 116,08         |                      |                             |          |  |
| 64   | Periculosidade                                      | 30,00 %                               | 522,36         |                      |                             |          |  |
| 816  | Vale Transporte (%)                                 | 6,00 %                                |                | 104,47               |                             |          |  |
| 820  | Desconto Adiantamento - IRRF                        |                                       |                | 696,48               |                             |          |  |
| 1445   | Plano de Saude/Odontologico                         |                                       |                |                      |                             |          |  |
|  | 1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.       | 30,00                                 |                | 164,39               |                             |          |  |
|  | 2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.    | 30,00                                 |                | 493,17               |                             |          |  |
| 1724   | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA          |                                       |                |                      |                             |          |  |
|  | 1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.       | 30,00                                 | 164,39         |                      |                             |          |  |
|  | 2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.    | 30,00                                 | 493,17         |                      |                             |          |  |
| 1950   | INSS  | 9,00 %                                |                | 180,95               |                             |          |  |
| Banco: 341 Itau S/A - Agência: 8819-0 Conta: 27591-1 |   | Total                                 | 2.379,64       | 1.639,46             |                             |          |  |
|  |   | Total Líquido                         |                | 740,18               |                             |          |  |
| Salário Base   | Sal Cont INSS                                       | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Base IRRF C/Ded Simp | Faixa                       | Dep      |  |
| 1.741,20   | 2.263,56  | 2.263,56                              | 181,08         | 959,88               | 0,00                        | 02       |  |
| Recebi em: ____/____/____                            |   | Assinatura: _____                     |                |                      |                             |          |  |

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA                            |   | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |                      |                             |          |  |
|--|---|---------------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Diadema - SP                    |   | 08/2025                               |                | Mensal               |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0006-24                              |   | CPF: 409.076.088-76                   |                |                      |                             |          |  |
| Cadastro 610   | Nome do Funcionário<br>WESLEY RODRIGUES DE OLIVEIRA | CBO<br>783225                         | Empresa<br>530 | Local<br>6           | Departamento<br>011.000.000 | FL<br>01 |  |
| Ajudante de Motorista                                |   | Data Admissão:                        |                | 23/07/2025           |                             |          |  |
| Ev   | Descrição   | Referência                            | Proventos      | Descontos            |                             |          |  |
| 1  | Salario Base  | 30 Dias                               | 1.741,20       |                      |                             |          |  |
| 18   | P.L.R   |                                       | 116,08         |                      |                             |          |  |
| 64   | Periculosidade                                      | 30,00 %                               | 522,36         |                      |                             |          |  |
| 816  | Vale Transporte (%)                                 | 6,00 %                                |                | 104,47               |                             |          |  |
| 820  | Desconto Adiantamento - IRRF                        |                                       |                | 696,48               |                             |          |  |
| 1445   | Plano de Saude/Odontologico                         |                                       |                |                      |                             |          |  |
|  | 1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.       | 30,00                                 |                | 164,39               |                             |          |  |
|  | 2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.    | 30,00                                 |                | 493,17               |                             |          |  |
| 1724   | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA          |                                       |                |                      |                             |          |  |
|  | 1 - Titular/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.       | 30,00                                 | 164,39         |                      |                             |          |  |
|  | 2 - Dependente/NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.    | 30,00                                 | 493,17         |                      |                             |          |  |
| 1950   | INSS  | 9,00 %                                |                | 180,95               |                             |          |  |
| Banco: 341 Itau S/A - Agência: 8819-0 Conta: 27591-1 |   | Total                                 | 2.379,64       | 1.639,46             |                             |          |  |
|  |   | Total Líquido                         |                | 740,18               |                             |          |  |
| Salário Base   | Sal Cont INSS                                       | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Base IRRF C/Ded Simp | Faixa                       | Dep      |  |
| 1.741,20   | 2.263,56  | 2.263,56                              | 181,08         | 959,88               | 0,00                        | 02       |  |
| Recebi em: ____/____/____                            |   | Assinatura: _____                     |                |                      |                             |          |  |