

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA          |  | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |                      |                             |          |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA |  | 03/2026                               |                | Mensal               |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0005-43            |  | CPF: 823.544.565-49                   |                |                      |                             |          |  |
| Cadastro<br>248                    | Nome do Funcionário<br>LEANDRO SAMPAIO SANTANA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>5           | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>01 |  |
| Motorista Carreiro                 |  | Data Admissão:                        |                | 11/02/2019           |                             |          |  |
| Ev                                 | Descrição                                      | Referência                            | Proventos      |                      | Descontos                   |          |  |
| 1                                  | Salario Base                                   | 7 Dias                                | 786,01         |                      |                             |          |  |
| 64                                 | Periculosidade                                 | 30,00 %                               | 235,80         |                      |                             |          |  |
| 78                                 | Quinquênio                                     | 5,00 %                                | 39,30          |                      |                             |          |  |
| 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                                 |                |                      | 26,06                       |          |  |
|                                    | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00                                 |                |                      | 208,48                      |          |  |
| 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         |                      |                             |          |  |
| 1861                               | Prêmio por desempenho                          |                                       | 667,00         |                      |                             |          |  |
| 1863                               | Premiação SASCAR                               |                                       | 264,00         |                      |                             |          |  |
| 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 |  | 03/2026                               |                | Mensal        |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0005-43            |  | CPF: 823.544.565-49                   |                |               |                             |          |  |
| Cadastro<br>248                    | Nome do Funcionário<br>LEANDRO SAMPAIO SANTANA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>5    | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>02 |  |
| Motorista Carreiro                 |  | Data Admissão:                        |                | 11/02/2019    |                             |          |  |
| Ev                                 | Descrição                                      | Referência                            | Proventos      |               | Descontos                   |          |  |
| 1950                               | INSS   | 14,00 %                               |                |               | 197,61                      |          |  |
|                                    |  | Total                                 |                | 1.992,11      |                             | 890,03   |  |
|                                    |  | Total Líquido                         |                | 1.102,08      |                             |          |  |
| Salário Base                       | Sal Cont INSS                                  | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Bas Cálc IRRF | Faixa                       | Dep      |  |
| 3.368,62                           | 8.475,55                                       | 8.772,91                              | 701,83         | 1.384,91      | 0,00                        | 00       |  |
| Recebi em: ___/___/___             |  | Assinatura: _____                     |                |               |                             |          |  |

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA          |  | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |                      |                             |          |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA |  | 03/2026                               |                | Mensal               |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0005-43            |  | CPF: 823.544.565-49                   |                |                      |                             |          |  |
| Cadastro<br>248                    | Nome do Funcionário<br>LEANDRO SAMPAIO SANTANA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>5           | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>01 |  |
| Motorista Carreiro                 |  | Data Admissão:                        |                |                      | 11/02/2019                  |          |  |
| Ev                                 | Descrição                                      | Referência                            | Proventos      |                      | Descontos                   |          |  |
| 1                                  | Salario Base                                   | 7 Dias                                | 786,01         |                      |                             |          |  |
| 64                                 | Periculosidade                                 | 30,00 %                               | 235,80         |                      |                             |          |  |
| 78                                 | Quinquênio                                     | 5,00 %                                | 39,30          |                      |                             |          |  |
| 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                                 |                |                      | 26,06                       |          |  |
|                                    | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA | 30,00                                 |                |                      | 208,48                      |          |  |
| 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         |                      |                             |          |  |
| 1861                               | Prêmio por desempenho                          |                                       | 667,00         |                      |                             |          |  |
| 1863                               | Premiação SASCAR                               |                                       | 264,00         |                      |                             |          |  |
| 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 |  | 03/2026                               |                | Mensal        |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0005-43            |  | CPF: 823.544.565-49                   |                |               |                             |          |  |
| Cadastro<br>248                    | Nome do Funcionário<br>LEANDRO SAMPAIO SANTANA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>5    | Departamento<br>001.000.000 | FL<br>02 |  |
| Motorista Carreiro                 |  | Data Admissão:                        |                |               | 11/02/2019                  |          |  |
| Ev                                 | Descrição                                      | Referência                            | Proventos      |               | Descontos                   |          |  |
| 1950                               | INSS   | 14,00 %                               |                |               | 197,61                      |          |  |
|                                    |  | Total                                 |                | 1.992,11      |                             | 890,03   |  |
|                                    |  | Total Líquido                         |                | 1.102,08      |                             |          |  |
| Salário Base                       | Sal Cont INSS                                  | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Bas Cálc IRRF | Faixa                       | Dep      |  |
| 3.368,62                           | 8.475,55                                       | 8.772,91                              | 701,83         | 1.384,91      | 0,00                        | 00       |  |

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