

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA          |  | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |               |                             |          |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA |  | 07/2025                               |                | 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                                     | 27 Dias                               | 3.031,76       |               |                             |          |  |
| 19                                 | Horas Lic.Médica Diurnas                         | 3 Dias                                | 336,86         |               |                             |          |  |
| 35                                 | Horas Extras 50% Diurnas                         | 053:08 hs                             | 1.645,94       |               |                             |          |  |
| 49                                 | Horas Extras 100% Diurnas                        | 017:38 hs                             | 718,66         |               |                             |          |  |
| 56                                 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas               | 007:53 hs                             | 34,61          |               |                             |          |  |
| 59                                 | DSR S/Horas Extras Diurnas                       | 016:93 hs                             | 350,31         |               |                             |          |  |
| 64                                 | Periculosidade                                   | 30,00 %                               | 1.010,59       |               |                             |          |  |
| 78                                 | Quinquênio                                       | 5,00 %                                | 168,43         |               |                             |          |  |
| 820                                | Desconto Adiantamento - IRRF                     |                                       |                | 1.751,68      |                             |          |  |
| 1445                               | Plano de Saúde/Odontológico                      |                                       |                |               |                             |          |  |
|                                    | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA      | 30,00                                 |                | 94,89         |                             |          |  |
|                                    | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA   | 30,00                                 |                | 284,67        |                             |          |  |
|                                    | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA    | 30,00                                 |                | 41,27         |                             |          |  |
|                                    | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00                                 |                | 123,81        |                             |          |  |
| 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 |  | 07/2025                               |                | 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     |                             |          |  |
| 1447                               | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto          |                                       |                |               |                             |          |  |
|                                    | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA   | 30,00                                 |                | 389,92        |                             |          |  |
| 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         |               |                             |          |  |
|                                    | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA    | 30,00                                 | 13,11          |               |                             |          |  |
|                                    | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00                                 | 39,33          |               |                             |          |  |
| 1861                               | Prêmio por desempenho                            |                                       | 770,65         |               |                             |          |  |
| 1863                               | Premiação SASCAR                                 |                                       | 336,00         |               |                             |          |  |
| 1920                               | IRRF   | 27,50 %                               |                | 639,89        |                             |          |  |
| 1950                               | INSS   | 14,00 %                               |                | 831,18        |                             |          |  |
|                                    |  | Total                                 |                | 8.403,81      |                             | 4.157,31 |  |
|                                    |  | Total Líquido                         |                | 4.246,50      |                             |          |  |
| Salário Base                       | Sal Cont INSS                                    | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Bas Cálc IRRF | Faixa                       | Dep      |  |
| 3.368,62                           | 7.297,16   | 7.297,16                              | 583,77         | 5.631,36      | 27,50                       | 01       |  |

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

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA          |  | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |               |                             |          |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|----------------|---------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Camacari - BA |  | 07/2025                               |                | 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                                     | 27 Dias                               | 3.031,76       |               |                             |          |  |
| 19                                 | Horas Lic.Médica Diurnas                         | 3 Dias                                | 336,86         |               |                             |          |  |
| 35                                 | Horas Extras 50% Diurnas                         | 053:08 hs                             | 1.645,94       |               |                             |          |  |
| 49                                 | Horas Extras 100% Diurnas                        | 017:38 hs                             | 718,66         |               |                             |          |  |
| 56                                 | Med.Hrs.Ext.Licença Médica Diurnas               | 007:53 hs                             | 34,61          |               |                             |          |  |
| 59                                 | DSR S/Horas Extras Diurnas                       | 016:93 hs                             | 350,31         |               |                             |          |  |
| 64                                 | Periculosidade                                   | 30,00 %                               | 1.010,59       |               |                             |          |  |
| 78                                 | Quinquênio                                       | 5,00 %                                | 168,43         |               |                             |          |  |
| 820                                | Desconto Adiantamento - IRRF                     |                                       |                | 1.751,68      |                             |          |  |
| 1445                               | Plano de Saúde/Odontológico                      |                                       |                |               |                             |          |  |
|                                    | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA      | 30,00                                 |                | 94,89         |                             |          |  |
|                                    | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA   | 30,00                                 |                | 284,67        |                             |          |  |
|                                    | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA    | 30,00                                 |                | 41,27         |                             |          |  |
|                                    | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00                                 |                | 123,81        |                             |          |  |
| 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 |  | 07/2025                               |                | 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     |                             |          |  |
| 1447                               | Outras Despesas - Plano de Saúde/Odonto          |                                       |                |               |                             |          |  |
|                                    | 1 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA   | 30,00                                 |                | 389,92        |                             |          |  |
| 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         |               |                             |          |  |
|                                    | 3 - Titular/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA    | 30,00                                 | 13,11          |               |                             |          |  |
|                                    | 4 - Dependente/METLIFE PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA | 30,00                                 | 39,33          |               |                             |          |  |
| 1861                               | Prêmio por desempenho                            |                                       | 770,65         |               |                             |          |  |
| 1863                               | Premiação SASCAR                                 |                                       | 336,00         |               |                             |          |  |
| 1920                               | IRRF   | 27,50 %                               |                | 639,89        |                             |          |  |
| 1950                               | INSS   | 14,00 %                               |                | 831,18        |                             |          |  |
|                                    |  | Total                                 |                | 8.403,81      |                             | 4.157,31 |  |
|                                    |  | Total Líquido                         |                | 4.246,50      |                             |          |  |
| Salário Base                       | Sal Cont INSS                                    | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Bas Cálc IRRF | Faixa                       | Dep      |  |
| 3.368,62                           | 7.297,16   | 7.297,16                              | 583,77         | 5.631,36      | 27,50                       | 01       |  |

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