

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA        |   | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |                      |                             |          |  |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|----------|--|
| A G B LOGISTICA LTDA Cuiaba - MT |   | 04/2026                               |                | Mensal               |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0007-05          |   | CPF: 958.926.721-15                   |                |                      |                             |          |  |
| Cadastro<br>546                  | Nome do Funcionário<br>JOCINEY RODRIGUES DA ROCHA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>7           | Departamento<br>002.000.000 | FL<br>01 |  |
| Motorista de Caminhão            |   | Data Admissão:                        |                | 06/02/2025           |                             |          |  |
| Ev                               | Descrição   | Referência                            | Proventos      | Descontos            |                             |          |  |
| 1                                | Salario Base                                      | 30 Dias                               | 2.179,00       |                      |                             |          |  |
| 35                               | Horas Extras 50% Diurnas                          | 022:80 hs                             | 440,36         |                      |                             |          |  |
| 59                               | DSR S/Horas Extras Diurnas                        | 008:55 hs                             | 110,09         |                      |                             |          |  |
| 63                               | Vale Transp.Dinheiro                              |                                       | 227,70         |                      |                             |          |  |
| 64                               | Periculosidade                                    | 30,00 %                               | 653,70         |                      |                             |          |  |
| 474                              | Adicional Acumulo de Funções                      | 15,00 %                               | 424,91         |                      |                             |          |  |
| 820                              | Desconto Adiantamento - IRRF                      |                                       |                | 871,60               |                             |          |  |
| 1445                             | Plano de Saude/Odontologico                       |                                       |                |                      |                             |          |  |
|                                  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA       | 30,00                                 |                | 104,96               |                             |          |  |
|                                  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    | 30,00                                 |                | 209,92               |                             |          |  |
| 1447                             | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto           |                                       |                |                      |                             |          |  |
|                                  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA       | 30,00                                 |                | 37,82                |                             |          |  |
|                                  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    | 30,00                                 |                | 56,72                |                             |          |  |
| 1724                             | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA        |                                       |                |                      |                             |          |  |
| 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 Cuiaba - MT                   |   | 04/2026                               |                | Mensal        |                             |          |  |
| CNPJ 22.849.328/0007-05                            |   | CPF: 958.926.721-15                   |                |               |                             |          |  |
| Cadastro<br>546                                    | Nome do Funcionário<br>JOCINEY RODRIGUES DA ROCHA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>7    | Departamento<br>002.000.000 | FL<br>02 |  |
| Motorista de Caminhão                              |   | Data Admissão:                        |                | 06/02/2025    |                             |          |  |
| Ev   | Descrição   | Referência                            | Proventos      | Descontos     |                             |          |  |
|  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA       | 30,00                                 | 104,96         |               |                             |          |  |
|  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    | 30,00                                 | 209,92         |               |                             |          |  |
| 1792   | Vale Alimentacao (PAT)                            |                                       | 353,73         |               |                             |          |  |
| 1861   | Prêmio por desempenho                             |                                       | 250,00         |               |                             |          |  |
| 1912   | Premiação   |                                       | 500,00         |               |                             |          |  |
| 1950   | INSS  | 12,00 %                               |                | 345,55        |                             |          |  |
| 4004   | Empréstimo Crédito do Trabalhador                 |                                       |                | 778,39        |                             |          |  |
|  | Contrato: 2737839213   IF: 341                    | 7/12                                  |                | 245,30        |                             |          |  |
|  | Contrato: 2843533049   IF: 341                    | 4/12                                  |                | 247,68        |                             |          |  |
|  | Contrato: 2856654476   IF: 341                    | 4/12                                  |                | 148,61        |                             |          |  |
|  | Contrato: 2948304460   IF: 341                    | 1/12                                  |                | 136,80        |                             |          |  |
| 4008   | Devol./Desc Empréstimo Credito Trabalhador-Adto   |                                       | 305,06         |               |                             |          |  |
| Banco: 341 Itau S/A - Agência: 6545 Conta: 52523-7 |   | Total                                 |                | 5.444,55      |                             |          |  |
|  |   | Total Líquido                         |                | 3.039,59      |                             |          |  |
| Salário Base                                       | Sal Cont INSS                                     | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Bas Cálc IRRF | Faixa                       | Dep      |  |
| 2.179,00   | 3.808,06  | 3.808,06                              | 304,64         | 3.079,26      | 15,00                       | 01       |  |
| Recebi em: ___/___/___                             |   | Assinatura: _____                     |                |               |                             |          |  |

| 0530-A G B LOGISTICA LTDA        |   | Demonstrativo de Pagamento de Salário |                |                      |                             |          |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|----------|
| A G B LOGISTICA LTDA Cuiaba - MT |   | 04/2026                               |                | Mensal               |                             |          |
| CNPJ 22.849.328/0007-05          |   | CPF: 958.926.721-15                   |                |                      |                             |          |
| Cadastro<br>546                  | Nome do Funcionário<br>JOCINEY RODRIGUES DA ROCHA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>7           | Departamento<br>002.000.000 | FL<br>01 |
| Motorista de Caminhão            |   | Data Admissão:                        |                | 06/02/2025           |                             |          |
| Ev                               | Descrição   | Referência                            | Proventos      | Descontos            |                             |          |
| 1                                | Salario Base                                      | 30 Dias                               | 2.179,00       |                      |                             |          |
| 35                               | Horas Extras 50% Diurnas                          | 022:80 hs                             | 440,36         |                      |                             |          |
| 59                               | DSR S/Horas Extras Diurnas                        | 008:55 hs                             | 110,09         |                      |                             |          |
| 63                               | Vale Transp.Dinheiro                              |                                       | 227,70         |                      |                             |          |
| 64                               | Periculosidade                                    | 30,00 %                               | 653,70         |                      |                             |          |
| 474                              | Adicional Acumulo de Funções                      | 15,00 %                               | 424,91         |                      |                             |          |
| 820                              | Desconto Adiantamento - IRRF                      |                                       |                | 871,60               |                             |          |
| 1445                             | Plano de Saude/Odontologico                       |                                       |                |                      |                             |          |
|                                  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA       | 30,00                                 |                | 104,96               |                             |          |
|                                  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    | 30,00                                 |                | 209,92               |                             |          |
| 1447                             | Outras Despesas - Plano de Saude/Odonto           |                                       |                |                      |                             |          |
|                                  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA       | 30,00                                 |                | 37,82                |                             |          |
|                                  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    | 30,00                                 |                | 56,72                |                             |          |
| 1724                             | Mensalidade Plano de Saúde - PARTE EMPRESA        |                                       |                |                      |                             |          |
| 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 Cuiaba - MT                   |   | 04/2026                               |                | Mensal        |                             |          |
| CNPJ 22.849.328/0007-05                            |   | CPF: 958.926.721-15                   |                |               |                             |          |
| Cadastro<br>546                                    | Nome do Funcionário<br>JOCINEY RODRIGUES DA ROCHA | CBO<br>782510                         | Empresa<br>530 | Local<br>7    | Departamento<br>002.000.000 | FL<br>02 |
| Motorista de Caminhão                              |   | Data Admissão:                        |                | 06/02/2025    |                             |          |
| Ev   | Descrição   | Referência                            | Proventos      | Descontos     |                             |          |
|  | 1 - Titular/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA       | 30,00                                 | 104,96         |               |                             |          |
|  | 2 - Dependente/HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA    | 30,00                                 | 209,92         |               |                             |          |
| 1792   | Vale Alimentacao (PAT)                            |                                       | 353,73         |               |                             |          |
| 1861   | Prêmio por desempenho                             |                                       | 250,00         |               |                             |          |
| 1912   | Premiação   |                                       | 500,00         |               |                             |          |
| 1950   | INSS  | 12,00 %                               |                | 345,55        |                             |          |
| 4004   | Empréstimo Crédito do Trabalhador                 |                                       |                | 778,39        |                             |          |
|  | Contrato: 2737839213   IF: 341                    | 7/12                                  |                | 245,30        |                             |          |
|  | Contrato: 2843533049   IF: 341                    | 4/12                                  |                | 247,68        |                             |          |
|  | Contrato: 2856654476   IF: 341                    | 4/12                                  |                | 148,61        |                             |          |
|  | Contrato: 2948304460   IF: 341                    | 1/12                                  |                | 136,80        |                             |          |
| 4008   | Devol./Desc Empréstimo Credito Trabalhador-Adto   |                                       | 305,06         |               |                             |          |
| Banco: 341 Itau S/A - Agência: 6545 Conta: 52523-7 |   | Total                                 |                | 5.444,55      |                             | 2.404,96 |
|  |   | Total Líquido                         |                | 3.039,59      |                             |          |
| Salário Base                                       | Sal Cont INSS                                     | Bas Cálc FGTS                         | FGTS Mês       | Bas Cálc IRRF | Faixa                       | Dep      |
| 2.179,00   | 3.808,06  | 3.808,06                              | 304,64         | 3.079,26      | 15,00                       | 01       |

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