



Emissão de comprovantes - 3o nivel

A33D221354441092015
22/06/2018 13:59:10

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
22/06/2018 - AUTOATENDIMENTO - 13.59.10
0503700503 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: CENTRO INFANTIL E SOCIAL

AGENCIA: 0503-7 CONTA: 92.857-7

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : CENTRO INFANTIL E SOCIAL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 1639-X - JARDIM INDUSTRIAL

CONTA: 104.451-5

FAVORECIDO: JUNIA APARECIDA DE OLIVEIRA ARAUJO

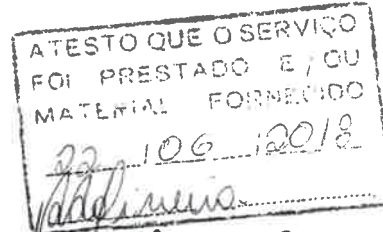
CPF/CNPJ: 072.861.096-50

VALOR: R\$ 1.205,00

DEBITO EM: 22/06/2018

DOCUMENTO: 062201

AUTENTICACAO SISBB: C.877.642.7C5.E6B.3F9



Júnia Aparecida de Oliveira Araújo 072 010 786 503

00017 CENTRO SOC EDUC PEQUENO PRINCEPE

Demonstrativo de Pagamento de Salário

AV DR ANTONIO CHAGAS DINIZ, 107

01/05/2018 a 31/05/2018 GERAL

16840803000194

000033 JUNIA APARECIDA DE OLIVEIRA

EDUCADOR (A)

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salario Base	030,00	1.318,00		
599	Salário Família	001,00	31,71		
999	Arredondamento no Mes		0,81		
610	Desc Arredondamento Mes Anterior			0,54	
903	INSS Folha			105,44	
632	Desc Vale Transporte			39,54	
			1.350,52	145,52	
			Valor Líquido	1.205,00	
Saldo Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.318,00	1.318,00	8,00	1.318,00	105,44	1.022,97
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
22/06/2018		<i>Júnia Ap^{da} de Oliveira A. Santos</i>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			

HORAS		A R\$	TOTALS
NORMAIS			R\$
EXTRAS			R\$
DESC. REMUN.			R\$

SOMA R\$ _____
 INSS R\$ _____
 I.R. - FONTE (DEDUÇÕES) R\$ _____
 VALOR I.R. - F. R\$ _____
 TOTAL DOS DESCONTOS R\$ _____
 SALÁRIO-FAMÍLIA R\$ _____

SALDO A RECEBER R\$ _____

2ª QUINZENA

Nº de Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
16	7:00	12:30	13:30	17:00			
17	7:00	12:30	13:30	17:00			
18	7:00	12:30	13:30	17:00			
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28	7:00	12:30	13:30	17:00			
29	7:00	12:30	13:30	17:00			
30	7:00	12:30	13:30	17:00			
31							

Recebi o saldo acima mencionado

DATA 30/5/18 *Assinatura* *Assinatura*
 Assinatura do Empregado Assinatura do Empregador
 REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

Nº ORDEM EMPREGADOR OU RAZÃO SOCIAL
CENTRO SOCIAL E EDUCACIONAL PEQUENO PRINCÍPE
 CNPJ
 EMPREGADO *Guilherme da Silva*
 Nº REGISTRO *1234* Nº CTPS *5678* FUNDO *1500*
 LOCAL DO TRABALHO *Ruizidore*
 ANO *2018*
 1ª QUINZENA

MÊS	Nº de Dias	MANHÃ		TARDE		EXTRA		Horas Extras
		Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	
1	7:00	12:30	13:30	17:00				
2	7:00	12:30	13:30	17:00				
3	7:00	12:30	13:30	17:00				
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

De conformidade com a Portaria MTP nº 3628/91 de 13/11/91, este Cartão de Ponto substituiu, para todos os efeitos, o Quadro de Horário de Trabalho e Fichas de Horário de Trabalho Externo.
 COD 15019 TIPO RB



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr.(a) Junia Aparecida de Oliveira
portador(a) da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta, ao exame clínico de rotina realizado nesta data, sinais de doenças infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doenças neuro-psiquiátricas. (Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

Compareceu nesta data para consulta/exame tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas

Necessita permanecer afastado do trabalho por 02 (Dois) dias, a partir de 08 MAIO 2018 por motivo de doença _____ (a pedido do cliente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art 143 §1º do decreto 2172 de 05/03/97, e resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho por um período de _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ conforme o dispositivo no inciso XVII, art 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10-1988. (Licença Maternidade)

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e/ou de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE	
DATA	ASSINATURA / CARIMBO
08 MAIO 2018	<u>VBS W. Rino</u> Dr. Gustavo Felippe Fernandes CRM nº 59839 CONTROLE 5168344