



Transações Pendentes

G331031120467904035
03/10/2019 11:55:50

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência	503-7
Conta corrente	65643-7 CRECHE ESCOLAR BEM-TE-VI

Creditado

Banco	104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência (sem DV)	893 CONTAGEM
Conta corrente (com DV)	13836
CPF	029.390.156-27
Nome favorecido	LAURINDA DA APARECIDA DOS SANTOS
Finalidade	CREDITO EM CONTA
Número documento	100.301
Valor	1.367,00
Data transferência	03/10/2019
"C" - CPF/CNPJ diferente	
Autenticação SISBB	ACF2AC97C2E30D83

Assinada por	J8217168 MATEUS LEVI ALBINO FERREIRA	03/10/2019 11:53:00
	J8217163 GERALDO LUCIVANE DA SILVA	03/10/2019 11:55:50

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J8217163 GERALDO LUCIVANE DA SILVA.

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL				Competência	
Empresa 0028 CRECHE ESCOLAR INFANTIL BEM-TE-VI Rua SARAH KUBISTCHECK, 350 - DARCY VARGAS Contagem MG 32372-200 CNPJ: 04.784.835/0001-30				Setembro/2019	
				Divisão R.H. 002.000.000	
				Função EDUCADORA INFANTIL	
Nº Reg. 00062	Chapa	Nome LAURINDA DA APARECIDA DOS SANTOS			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALÁRIO NORMAL	30,00	1.486,10		
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,38	118,88	
101	I.N.S.S.	8,00		0,60	
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR				
RESUMO DO SALÁRIO		Sal. Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.486,10	1.486,10	1.486,48	119,48
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	LÍQUIDO A RECEBER	
1.486,10		118,88	1.367,22	1.367,00	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

03/30/2019

DATA

Laurinda da Ap. dos Santos

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

2º via/Empregador

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

DECLARAMOS QUE OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS
 MATERIAIS FORAM RECEBIDOS
 EM CONDIÇÕES SATISFATÓRIAS.

03/10/2019

José Juliano (CI) MG 12673585
Fernanda Rodrigues Cruz (CI) MG 17.312.222

Gerardo Luciano da Silva



REGISTRO DE PONTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO:

Laurinda da Aparecida dos Santos

MÊS/ ANO:

SETEMBRO/2019

HORÁRIO DE TRABALHO

ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA

DIA	DIA SEMANA	1º EXPEDIENTE		2º EXPEDIENTE		HORA EXTRAS		VISTO DO EMPREGADOR
		ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
2	SEGUNDA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
3	TERÇA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
4	QUARTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
5	QUINTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
6	SEXTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
7	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
8	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
9	SEGUNDA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
10	TERÇA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
11	QUARTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
12	QUINTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
13	SEXTA	:	:	:	:			
14	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
15	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
16	SEGUNDA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
17	TERÇA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
18	QUARTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
19	QUINTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
20	SEXTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
21	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
22	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
23	SEGUNDA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
24	TERÇA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
25	QUARTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
26	QUINTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
27	SEXTA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			
28	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
29	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
30	SEGUNDA	08 : 00	13 : 00	14 : 00	17 : 48			

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Laurinda da Ap. dos Santos

Geraldo Lucivane da Silva

DECLARAMOS QUE OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS
 MATERIAIS FORAM RECEBIDOS
EM CONDIÇÕES SATISFATÓRIAS.

Fernanda Rodrigues Cruz (C1) 11612673585
M.G. 17.312.222



CEOC
Centro Especializado
em Oftalmologia de Contagem
www.clinicaceoc.com.br
Telefone: (31) 3364-1464

R. Visconde de Itaboraí, N° 133 - Jardim Industrial - Contagem / MG

ATESTADO MÉDICO

NOME Laurenildo Aparecido de Souza

COMPARECIMENTO

COMPARECEU A ESTE SERVIÇO DAS _____ ÀS _____ HORAS PARA

- A) consulta;
- B) fazer exames;
- C) acompanhar familiar;

Poderão retornar ao trabalho.

AFASTAMENTO

CID _____

Autorizo informar CID _____

1) Deverá ter justificado (s) 01 (um) dia (s) (máximo de 15 dias).

Obs: Entregue esta comunicação ao Departamento Pessoal dentro de 48 horas no máximo.

DR. JOSÉ AUGUSTO P. SALAS
DIRETOR TÉCNICO MÉDICO
CRM/MG 41895/RQE 24097

Contagem - MG 13/09/19

Carimbo
e
Assinatura

