

G3330313354659141
03/11/2021 13:50:50

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/11/2021 - AUTO-ATENDIMENTO - 13:50:49
0503000503

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: CRECHE ESCOLAR BEM-TE-VI
CNPJ: 04.784.835/0001-30

FAVORECIDO: JAYMELLE ARAUJO FREITAS
CPF: 061.705.926-80
AGENCIA: 2818-5 - AVENIDA JOAO CESAR MG
CONTA: 52.281-3
DATA DE PAGAMENTO: 03/11/2021
VALOR CREDITADO (R\$): 1.444,00

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.BA3.B92.D80.40F.30B

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

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL				Competência	
Empresa				Outubro/2021	
0028 CRECHE ESCOLAR INFANTIL BEM-TE-VI				Divisão R.H.	
Rua SARAH KUBISTCHECK , 350 - DARCY VARGAS				002.000.000	
Contagem MG 32372-200 CNPJ: 04.784.835/0001-30				Função	
				EDUCADORA INFANTIL	
Nº Reg.	Chapa	Nome			
00097		JAYMELLE ARAUJO FREITAS			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALÁRIO NORMAL	30,00	1.567,84		
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,95		
101	I.N.S.S.	7,95		124,60	
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,19	
RESUMO DO SALÁRIO		Sal. Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.567,84	1.567,84	1.568,79	124,79
Base Cál. F.G.T.S	F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	LÍQUIDO A RECEBER		
1.567,84	125,42	1.064,06	1.444,00		

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

03/11/2021
DATA

Jaymelle Freitas
ASSINATURA DO FUNCIONARIO

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

José Julio Brun (CI) MG 6.613.585
Barbara M. Santos (CI) MG 7.536.628



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

NOME DO FUNCIONÁRIO: JAYMELLE ARAUJO FREITAS

MÊS/ ANO:
OUTUBRO /2021

HORÁRIO DE TRABALHO		
ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA

DIA	DIA SEMANA	1º EXPEDIENTE		2º EXPEDIENTE		HORA EXTRAS		ASSINATURA
		ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	SEXTA							-----
2	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
3	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----
4	SEGUNDA							
5	TERÇA							
6	QUARTA							
7	QUINTA							
8	SEXTA							-----
9	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
10	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----
11	SEGUNDA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			-----
12	TERÇA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO			-----
13	QUARTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			-----
14	QUINTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			-----
15	SEXTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			-----
16	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
17	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----
18	SEGUNDA	07:00	12:00	13:00	16:48			Jaymelle A
19	TERÇA	07:00	12:00	13:00	16:48			Jaymelle A
20	QUARTA	07:00	12:00	13:00	16:48			Jaymelle A
21	QUINTA	07:00	12:00	13:00	16:48			Jaymelle A
22	SEXTA	07:00	12:00	13:00	16:48			-----
23	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
24	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----
25	SEGUNDA	07:00	12:00	13:00	16:48			Jaymelle A
26	TERÇA	07:00	12:00	13:00	16:48			Jaymelle A
27	QUARTA	07:00	12:00	13:00	16:48			Jaymelle A
28	QUINTA	07:00	12:00	13:00	16:48			Jaymelle A
29	SEXTA	07:00	12:00	13:00	16:25			-----
30	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
31	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Jaymelle A. Freitas

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

Júlia B... (CI) MG 12.673.585
Barbara M Santos (CI) MG 7.536.628

Geraldo Luciano da Silva



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Saymelle Araújo Preza
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

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

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

Necessita permanecer afastado do trabalho por 12 (doze) dias, a partir de 01/10/21 por motivo de doença CID. J06 (a pedido do paciente). (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 no período de _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ conforme o dispositivo inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

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

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

01/10/21

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:
Dra. Luiza Fernanda Odara Souza
CRM-MG 73539
CONTROLE 8268266

UBS - AGUA BRANCA
Av. Seis, nº 320
B. Conjunto Agua Branca
Tel.: 3354-0495