



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2022 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:47:20
0503000503

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: LAURINDA DA APARECIDA DOS SANT
CPF: 029.390.156-27
AGENCIA: 2818-5 - AVENIDA JOAO CESAR MG
CONTA: 51.948-0
DATA DE PAGAMENTO: 03/05/2022
VALOR CREDITADO (R\$): 1.955,00

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.D76.1D6.9C3.6AB.D5E

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

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL

Competência **Abril/2022**
 Divisão R.H. **002.000.000**
 Função **EDUCADORA INFANTIL**

Empresa
 0028 CRECHE ESCOLAR INFANTIL BEM-TE-VI
 Rua SARAH KUBISTCHECK, 350 - DARCY VARGAS
 Contagem MG 32372-200 CNPJ: 04.784.835/0001-30

Nº Reg. 00087 Chapa Nome
LAURINDA DA APARECIDA DOS SANTOS

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALÁRIO NORMAL	30,00	1.650,00	
006	DIFERENÇA SALARIAL		356,03	
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,74	
301	DIFERENÇA 13º SALÁRIO		52,26	
302	DIFERENÇA DE FÉRIAS		52,26	
303	DIFERENÇA DE 1/3 DE FÉRIAS		17,42	
101	I.N.S.S.	8,15		173,33
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,38

RESUMO DO SALÁRIO	Salário Base 1.650,00	Sal. Contribuição 2.127,97	Total de Vencimentos 2.128,71	Total de Descontos 173,71
Base Cál. F.G.T.S 2.127,97	F.G.T.S do Mês 170,23	Base Cál. I.R. 1.884,96	LÍQUIDO A RECEBER	1.955,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

03/05/2022

DATA

Laurinda dos Santos

ASSINATURA DO FUNCIONARIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

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

Gracilda Lucivane da Silva (C) MG 82.673.585
Barbara N Santos (C) MG 76.366.28





REGISTRO DE PONTO

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO: LAURINDA DA APARECIDA DOS SANTOS

MÊS/ ANO:
ABRIL / 2022

HORÁRIO DE TRABALHO		
ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA

DIA	DIA SEMANA	1º EXPEDIENTE		2º EXPEDIENTE		HORA EXTRAS		ASSINATURA
		ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	SEXTA	07:00	12:00	15:20	16:48			LAurinda
2	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
3	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
4	SEGUNDA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
5	TERÇA	09:20	12:00	13:00	16:48			LAurinda
6	QUARTA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
7	QUINTA	07:00	12:00	13:00	16:48			
8	SEXTA	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
9	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
10	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
11	SEGUNDA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
12	TERÇA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
13	QUARTA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
14	QUINTA	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
15	SEXTA	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
16	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
17	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
18	SEGUNDA	07:00	12:00	13:00	14:40			LAurinda
19	TERÇA	08:40	12:00	13:00	16:48			LAurinda
20	QUARTA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
21	QUINTA	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
22	SEXTA	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
23	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
24	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
25	SEGUNTA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
26	TERÇA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
27	QUARTA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
28	QUINTA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
29	SEXTA	07:00	12:00	13:00	16:48			LAurinda
30	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:								
Laurinda Ap. Santos								

geraldo lucivane da silva

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

Ana Julia Bruem (C) 116 2673585
 Barbara M Santos (C) 116 7536628



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Baurundo de Aparecida dos Santos
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº MG-4.348.873

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 atesta do 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 14:00 às 14:22 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID. _____ (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:

UBS P Praia

CENTRO DE SAÚDE

DATA:

01-04-22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

JOSE LUCAS FILHO - C.S. PRAIA
Rua Felisbino Pinto Monteiro, 1099

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Laurinda da Aparecida dos
portador da Carteira Profissional nº Santes
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infecto-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 07:00 às 08:40 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID. _____ (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:

UBS Praia

DATA:

05/04/22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Thais Ribeiro Cascimiro
COREN-MG 677.731
Enfermeira



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

Lawrence Aparecida dos Santos

COMPARECIMENTO

COMPARECEU A ESTE SERVIÇO DAS 15:40 ÀS 16:20 HORAS PARA

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

Poderão retornar ao trabalho.

AFASTAMENTO

CID _____

Autorizo informar CID _____

1) Deverá ter justificado (s) _____ (_____) 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

18/04/22

Carimbo
e
Assinatura





CENTRO DE SAÚDE
 JOSE LUCAS ELIO GOS. PEREIRA
 Rua Felisbio Pinto Monteiro, 1111

Prefeitura Municipal de Contagem
 Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Laurenda do paucado dos Santos
 portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infecto-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 7:00 às 7:30 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID. _____ (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:

19/09/22

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

[Assinatura]
 Dra. Laís Santos Andrade
 CRM 81802
 CONTROL 1803824