

G3360313270945261
03/08/2021 13:54:20

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/08/2021 - AUTO-ATENDIMENTO - 13:54:20
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: 03/08/2021
VALOR CREDITADO (R\$): 1.443,00

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.018.104.101.A23.AE6

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



RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL				Competência	
Empresa				Julho/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			
00087		LAURINDA DA APARECIDA DOS SANTOS			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALÁRIO NORMAL	30,00	1.567,84		
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,71		
101	I.N.S.S.	7,95		124,60	
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,95	
RESUMO DO SALÁRIO		Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos	
Salário Base 1.567,84		1.567,84	1.568,55	125,55	
Base Cál. F.G.T.S	F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	LÍQUIDO A RECEBER	1.443,00	
1.567,84	125,42	1.443,24			

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

03/08/2021
DATA

Laurinda da Ap. dos Santos
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

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

03/08/2021
geraldo lucivane da silva (CI) MG 52673585
Bárbara Miranda Santos (CI) MG 7.536.628



REGISTRO DE PONTO

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO: LAURINDA DA APARECIDA DOS SANTOS

MÊS/ ANO:
JULHO /2021

HORÁRIO DE TRABALHO		
ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA

DIA	DIA SEMANA	1º EXPEDIENTE		2º EXPEDIENTE		HORA EXTRAS		ASSINATURA
		ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:00			L. Santos
2	SEXTA	T. Trabalho	T. Trabalho	T. Trabalho	T. Trabalho			L. Santos
3	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
4	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----
5	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:00			L. Santos
6	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:00			L. Santos
7	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:00			L. Santos
8	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:00			L. Santos
9	SEXTA	08:00	12:00	13:00	15:00			L. Santos
10	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
11	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----
12	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:00			L. Santos
13	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:00			L. Santos
14	QUARTA	T. Trabalho	T. Trabalho	T. Trabalho	T. Trabalho			L. Santos
15	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:00			L. Santos
16	SEXTA							L. Santos
17	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
18	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----
19	SEGUNDA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
20	TERÇA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
21	QUARTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
22	QUINTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
23	SEXTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
24	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----
25	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			-----
26	SEGUNDA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
27	TERÇA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
28	QUARTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
29	QUINTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
30	SEXTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			RECESSO
31	SABADO	-----	-----	-----	-----			-----

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Laurinda da Ap. dos Santos

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

Ana Juliane (C) 116 52.673.585
Barbara Miranda Santos (C) 116 7.536.628

gratidão Luciane da Silva



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

R. Visconde de Itaboraí, Nº 133 - Jardim Industrial - Contagem/MG

ATESTADO MÉDICO

NOME

Lauro de Aguiar dos Santos

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

16.07.21

Carimbo
e
Assinatura

