



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3340113040003621
01/06/2022 13:18:54

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/06/2022 - AUTO-ATENDIMENTO - 13:18:53
0503000503

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: SILVANA FERREIRA DA SILVA CLAU
CPF: 034.610.516-16
AGENCIA: 2818-5 - AVENIDA JOAO CESAR MG
CONTA: 52.498-0
DATA DE PAGAMENTO: 01/06/2022
VALOR CREDITADO (R\$): 1.470,00

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.53F.B74.05D.035.96F

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					Maio/2022
Nº Reg. Chapa Nome 00098 SILVANA FERREIRA DA SILVA CLAUDINO					Divisão R.H. 002.000.000
					Função AUX INFANTIL
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALÁRIO NORMAL	30,00	1.595,00		
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,53		
101	I.N.S.S.	7,86		125,37	
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,16	
RESUMO DO SALÁRIO		Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.595,00	1.595,00	1.595,53	125,53
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	LÍQUIDO A RECEBER	
1.595,00		127,60	1.469,63	1.470,00	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

01/06/22

DATA

Silvana

ASSINATURA DO FUNCIONARIO

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

Angélica Cruz (01) MG 52.673.585
Barbara M Santos (01) MG 7.536.628

geralds lucivane da silva

8



REGISTRO DE PONTO

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO: **SILVANA DA SILVA FERREIRA CLAUDINO**

MÊS/ ANO:
MAIO / 2022

HORÁRIO DE TRABALHO		
ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA

DIA	DIA SEMANA	1º EXPEDIENTE		2º EXPEDIENTE		HORA EXTRAS		ASSINATURA
		ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
2	SEGUNDA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
3	TERÇA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
4	QUARTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
5	QUINTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
6	SEXTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
7	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
8	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
9	SEGUNDA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
10	TERÇA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
11	QUARTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
12	QUINTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
13	SEXTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
14	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
15	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
16	SEGUNDA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
17	TERÇA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
18	QUARTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
19	QUINTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
20	SEXTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
21	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
22	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
23	SEGUNDA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
24	TERÇA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
25	QUARTA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
26	QUINTA	Atestado						
27	SEXTA	Atestado						
28	SABADO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
29	DOMINGO	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
30	SEGUNDA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>
31	TERÇA	08:00	13:00	14:00			17:48	<i>[Signature]</i>

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

[Handwritten Signature]

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

geraldos lucivane da silva

[Handwritten Signatures]
 (11) MG 52.673.585
 (11) MG 7.536.628



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Silvano Fereles da Silva
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

UNIDADE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA
SUS CONTAGEM
255 91 - Orlis 11

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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 4 quatro dias, a partir de 26/05/22 por motivo de doença CID. 585 (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:

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

26/05/22



UBS _____



Secretaria de Saúde



TESTE RÁPIDO QUALITATIVO PARA PESQUISA DE ANTÍGENOS DO VÍRUS SARS-COV-2

NOME DO USUÁRIO: Selvana Vazquez da Silva 2º via

CPF: 03461051616 NASCIMENTO: 24/05/75 SEXO: F () M ()

Comunidade Escolar? Sim Não
Se sim, nome da Escola: _____

EQUIPE DE SAU-
DA FAMÍLIA
SUS CONTAGEM
CSF 01 - Oitis !!

Metodologia: Imunocromatografia rápida

Amostra: Swab Nasofaríngeo

Data dos Primeiros sintomas: 20/10/21

Resultado: Reagente Não Reagente } solicitado RT-PCR?
V de referência: Não Reagente Sim Não

Responsável pela execução do teste: Silvia A. de Menezes

Assinatura / Carimbo: _____

Data de execução/liberação do resultado: _____

Nota: Os testes rápidos de antígeno podem ser usados para o diagnóstico na fase aguda da doença (geralmente recomendado do 1º ao 7º dia após início dos sintomas). Ref: Manual do diagnóstico da COVID-19 - versão 4 (abril/2021) SES/MG.

Os resultados negativos devem ser analisados em conjunto com fatores adicionais do paciente, como histórico de exposição à COVID-19, sintomas clínicos, resultados de testes adicionais para ajudar a orientar o diagnóstico do paciente. Ref: Manual do diagnóstico da COVID-19 - versão 4 (abril/2021) SES/MG.

Considerando a alta probabilidade pré-teste relacionada aos sintomas compatíveis nos casos de indivíduos sintomáticos, em caso de resultado negativo no teste de detecção de antígeno é OBRIGATÓRIA a confirmação por RT-PCR. O contrário se observa nos indivíduos assintomáticos, em que a probabilidade pré-teste é baixa considerando a apresentação clínica, e neste caso os resultados positivos deverão ser confirmados por RT-PCR, tendo em vista a maior chance de resultados falso-positivos. Ref: Centers for Disease Control and Prevention () - Interim Guidance for Antigen Testing for SARS-CoV-2. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-tests-guidelines.htm>