

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 06/07/2022 - AUTO-ATENDIMENTO - 13:00:28
 1633001633

13
3

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO SAO DOMINGOS SAVIO
 CNPJ: 18.258.640/0001-61

FAVORECIDO: DANIELLE PEREIRA DA SILVA DOS
 CPF: 052.697.216-51
 AGENCIA: 2818-5 - AVENIDA JOAO CESAR MG
 CONTA: 53.091-3
 DATA DE PAGAMENTO: 05/07/2022
 VALOR CREDITADO (R\$): 1.939,65

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.1A3.4EE.68B.D9F.6A9

INSTITUTO SAO DOMINGOS SAVIO

18.258.640/0001-61

Rua Cubatão, 360 - Bairro Monte Castelo - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 000032 - Danielle Pereira da Silva dos Santos			Período: 06/2022		
Cargo: 0100 - Secretária		Matrícula:	CTPS: 1703638 / 00040		
Depto.: 000001 - Administrativo		Admissão: 02/03/2018	CPF: 052.697.216-51		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual 0520 - Desconto INSS	30,00 9,00	2.111,50	171,85		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO <u>05/07/2022</u> <i>maucides</i> <i>Mama da Conceição Pires</i> CPF: 660.44331620</p> </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ATESTO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E / OU MATERIAL FORNECIDO <u>05/07/2022</u> <i>Nelson Ferreira da Sil-</i> on CPF: 201.56723620 <i>Juliano</i></p> </div>			
		Total: 2.111,50	Total: 171,85		
		Valor Líquido	1.939,65		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>05/07/22</u> Assinatura: <u>Danielle P. da Silva dos Santos</u>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.111,50	2.111,50	2.111,50	168,92	1.939,65	

Handwritten signature

INSTITUTO SÃO DOMINGOS SÁVIO - CNPJ: 18.258.640/0001-61

FOLHA DE PRESENÇA - MÊS: JUNHO - 2022

FUNCIONÁRIO(A) DANIELLE PEREIRA DA SILVA DOS SANTOS

CARGO: SECRETARIA

DATA	ASSINATURA	Entrada	INTERVALO/ALMOÇO		Saída
			Saída	Entrada	
01/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
02/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
03/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
04/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXSÁBADOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
05/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXDOMINGOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
06/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
07/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
08/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
09/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
10/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
11/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXSÁBADOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
12/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXDOMINGOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
13/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
14/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
15/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
16/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXFERIADOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
17/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXRECESSOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
18/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXSÁBADOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
19/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXDOMINGOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
20/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
21/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
22/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
23/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
24/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
25/jun	Danielle P. da Silva dos Santos	07:00	12:00	12:30	16:00
26/jun	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXDOMINGOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
27/jun	ATESTADO	X	X	X	X
28/jun	ATESTADO	X	X	X	X
29/jun	ATESTADO	X	X	X	X
30/jun	ATESTADO	X	X	X	X

Sônia Maria Santos Soares

SÔNIA MARIA SANTOS SOARES - PRESIDENTE

18.258.640/0001-61

Instituto São Domingos Sávio

RUA CUBATÃO, 336
MONTE CASTELO - CEP: 32.285-170

CONTAGEM - MG

SM

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Lionelle Pereira da Silva 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 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 04 (Quatro) dias, a partir de 27/06/22 por motivo de doença CID. B342 (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 MONTE CASTELO
RUA CUBATÃO, 335 MONTE CASTELO
SMS - CONTAGEM/MG
TEL. 3352-5314 / 3246-4900

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:
Dr(a). Franciane Couto Soares
 **CRM_{MG} 87850**
CONTROLE 1343302

27/06/22

Handwritten signature