

168/590

BANCO DO BRASIL S.A.

SISBB
PGTM3623

Pagamentos por Conta de Terceiros
Comprovante de Crédito em Conta

12/06/2019
15:44:17

Pagador: CENTRO DE ATENDIMENTO E I
Finalidade: Pagamento de Salário

Favorecido: SAMUEL SABINO EUGENIO

Agencia: 1633-0 - ELDORADO

Conta: 65.473-6

CPF/CNPJ: 124.999.136-65

Data de Pagamento: 10.05.2019

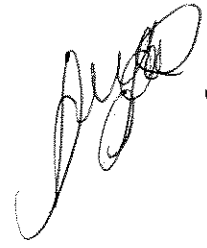
Valor (R\$): 1.445,00

Nr.Autenticacao

F.E7C.0EC.AF3.6F4.FB6

Impresso por F2104396 CLEIDE APARECIDA ALVES NAKAMURA

Atesto que o material/Ser-
vico foi entregue / prestado
10 05 19
MGO.991.535000
10.984.808



CAIS CENTRO DE ATENDIMENTO E INCLUSAO SO

RAJ Nº 171
32.370-270 - CONTAGEM - MG
CNPJ: 21.725.056/0001-83

Referência
ABRIL/2019

Folha
MENSAL

Fis
1/1

Matrícula: 000000468 Nome: SAMUEL SABINO EUGENIO
CPF: 124.999.136-65 Cargo/Nível: ZELADOR /
Data Admissão: 03/09/2018 Lotação: ADMINISTRATIVO

Descrição	Qtde	Valor	Descrição	Qtde	Valor
SALARIO	26,00	1.360,95	INSS MES	8,00	125,63
AUXILIO DOENCA	4,00	209,38	DEBITO ARRED FLS ANT		0,04
CRED ARREDONDAMENTO		0,34			
TOTAL DE PROVENTOS		1.570,67	TOTAL DE DESCONTOS		125,67

Salário Base: 1.570,33 Sal. Contrib. INSS: 1.570,33 Base Cál. FGTS: 1.570,33
 F-GTS Mês: 125,63 Base Cál. IRRF: 1.444,70
LÍQUIDO A RECEBER: 1.445,00

Data do Crédito: 09/05/19 *SABINO*

Atesto que o material/Serviço foi entregue / prestado
 09/05/19
 URG. 991.33000
 13864732

069/590

170/390

PONTO	CARTÃO DE PONTO De 01/04/2019 a 30/04/2019	Emissão: 08/05/2019 Página: 1
--------------	------------------------------------------------------	----------------------------------

Matricula: 000787
 Nome: SAMUEL SABINO EUGENIO Cargo: ZELADOR Depto: ADMINISTRATIVO
 Turno: INTEGRAL De 08:00 às 12:00 de 13:00 às 17:00

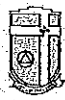
Data	Sem.	Entrada	Saida	Entrada1	Saida1	Total	Atraso	Evento/Justificativa
01/04/2019	SEG	08:16	12:14	13:08	17:00	07:50	00:10	
02/04/2019	TER	08:03	12:03	12:57	16:58	08:04		
03/04/2019	QUA	08:10	12:04	12:54	16:30	07:40	00:20	
04/04/2019	QUI	08:57	12:20	13:10	17:00	07:13	00:47	
05/04/2019	SEX	08:10	12:15	13:02	17:00	08:13		
06/04/2019	SAB	:	:	:	:	Sábado		
07/04/2019	DOM	:	:	:	:	Domingo		
08/04/2019	SEG	08:12	11:58	12:58	17:00	08:00		
09/04/2019	TER	08:06	11:24	12:22	17:00	08:02		
10/04/2019	QUA	07:58	12:35	13:33	16:34	07:38	00:22	
11/04/2019	QUI	08:00	12:10	13:05	17:00	08:05		
12/04/2019	SEX	:	:	:	:	Feriado		
13/04/2019	SAB	:	:	:	:	Sábado		
14/04/2019	DOM	:	:	:	:	Domingo		
15/04/2019	SEG	08:16	11:54	12:51	17:00	07:47	00:13	
16/04/2019	TER	08:09	12:01	13:00	16:56	07:57	00:03	
17/04/2019	QUA	08:10	12:32	13:29	17:00	08:03		
18/04/2019	QUI	:	:	:	:	Feriado		
19/04/2019	SEX	:	:	:	:	Feriado		
20/04/2019	SAB	:	:	:	:	Sábado		
21/04/2019	DOM	:	:	:	:	Domingo		
22/04/2019	SEG	:	:	:	:			Licença
23/04/2019	TER	:	:	:	:			Licença
24/04/2019	QUA	:	:	:	:			Licença
25/04/2019	QUI	:	:	:	:			Licença
26/04/2019	SEX	08:15	12:30	13:10	17:00	08:05		
27/04/2019	SAB	:	:	:	:	Sábado		
28/04/2019	DOM	:	:	:	:	Domingo		
29/04/2019	SEG	07:56	12:00	13:00	17:00	08:04		
30/04/2019	TER	08:00	12:00	13:25	16:59	07:34	00:26	

Total Minutos de Atraso: 2:21 Horas Mês: 200 Horas Trabalhadas 181:39

Samuel Sabino Eugenio
Assinatura do Funcionário

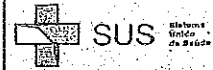
CENTRO DE ATENDIMENTO E PREVIDÊNCIA SOCIAL - CAIS
[Assinatura]
Assinatura da chefia

171/590



PREFEITURA DE BETIM

ATESTADO



Atestado que o(a) Sr(a) Samueli Roberto Figueiredo
 portador da Carteira Profissional nº 116 42 027 70
 Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças 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 médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

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

Necessita permanecer afastado do trabalho por 06 (seis) dias, a partir de ____ / ____ / ____ por motivo de doença CID: _____ (a pedido do cliente). Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, 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 disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade).

CAIPIREIA CAIPIREIA
 Rua Pirá, nº 80 Caiçara
 Tel. 3534-1785
 COD CNE 3212619

BS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.
 UNIDADE DE SAÚDE

DATA
22.04.19

Dra. Cecília Alves Machado
 CRM nº 64982
 CONTROL Nº 1032897

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL