

Comp 018 Banco 001 Agência 0503 DV 7 C1 4 Conta 85.843-7 C2 2 Série 800 Cheque N° 852844 C3 8 R\$ #1.306,00 # (2)

Pague por este cheque a quantia de Um mil trezentos e seis Reais e centavos acima

a Jaymelle Araujo Freitas ou à sua ordem



Contagem de Maio de 2019

Gerardo Luciano da Silva

EMPRESA CONTAGEM MG  
00 000 000/0000 00

CRECHE ESCOLAR BEM-TE-VI  
CNPJ 04 784/835/0001-30  
CLIENTE BANCARIO DESDE 03/2007

CONFECÇÃO 04/2019

*M. T. Silva*

00105033 01852844 852844

**RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL** Competência **Abril/2019**

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

Divisão R.H. 002.000.000

Função EDUCADORA INFANTIL

Nº Reg. 00064 Chapa Nome **JAYMELLE ARAUJO FREITAS**

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALÁRIO NORMAL	30,00	1.347,93	
022	SALÁRIO FAMÍLIA	2,00	65,60	
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,86	
101	I.N.S.S.	8,00		107,83
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,56

<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>	Salário Base 1.347,93	Sal. Contribuição 1.347,93	Total de Vencimentos 1.414,39	Total de Descontos 108,39
--------------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------------------	---------------------------

Base Cál. F.G.T.S 1.347,93	F.G.T.S do Mês 107,83	Base Cál. I.R. 860,92	<b>LÍQUIDO A RECEBER 1.306,00</b>
----------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------------

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

06/05/2019 DATA Jaymelle Araujo Freitas ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

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

06/03/2019  
José Julio Bruno (C) MG 62673585  
Ferrnanda Rodrigues da Cruz (C) MG-17-312-222



## REGISTRO DE PONTO

### CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO:

JAYMELLE ARAUJO FREITAS

MÊS/ ANO:

ABRIL/2019

HORÁRIO DE TRABALHO		
ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA

DIA	DIA SEMANA	1º EXPEDIENTE		2º EXPEDIENTE		HORA EXTRAS		VISTO DO EMPREGADOR
		ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
1	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:48			
2	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:48			
3	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
4	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
5	SEXTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
6	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
7	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
8	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:48			
9	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:48			
10	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
11	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
12	SEXTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			
13	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
14	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
15	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:48			
16	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:48			
17	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
18	QUINTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			
19	SEXTA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO			
20	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
21	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
22	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:48			
23	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:48			
24	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
25	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
26	SEXTA	10:00	12:00	13:00	17:48			
27	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
28	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
29	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:48			
30	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:48			

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

*Jaymelle Araujo Freitas*

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

*Araújo Freitas (CI) 16.067358*  
*Fernanda Rodrigues da Silva (CI) 16.17.312.22*



Prefeitura Municipal de Contagem  
Secretaria Municipal de Saúde  
**ATESTADO**



Atesto que o(a) Sr(a) Jaynelle Anais Freitas

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

e Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Não apresenta no 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 neuropsiquiátrica. (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 às 10 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por motivo de doença CID. \_\_\_\_\_ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ 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).

Devera afastar-se do trabalho no período de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

conforme o dispositivo no 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

AV. SEIS, Nº 320

CONJUNTO ÁGUA BRANCA

DATA

25.09.15

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

6352-5245