

Comp 018 Banco 001 Agência 0503 DV 7 C1 4 Conta 05.843-7 C2 2 Série 800 Cheque N° 832900 C3 0 R\$ #3.302,00#

Pague por este cheque a quantia de Três mil, trezentos e dois reais

a Jaymelle Araújo Freitas ou à sua ordem



EMPRESA CONTAGEM MG
00.000.000/0000.00

CONFECÇÃO: 05/2019

CRECHE ESCOLAR/BEM-TE-VI
CNPJ 04.784.835/0001-30
CLIENTE BANCÁRIO DESDE 03/2007

11 Augusto L. Ferreira

00105034 0188529005 145006564376

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL

Competência: Julho/2019
Divisão R.H.: 002.000.000
Função: EDUCADORA INFANTIL

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

Nº Reg. Chapa Nome
00064 JAYMELE ARAUJO FREITAS

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALÁRIO NORMAL	30,00	1.415,33	
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,53	
101	I.N.S.S.	8,00		113,22
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,64

RESUMO DO SALÁRIO	Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.415,33	1.415,33	1.415,86	113,86
Base Cál. F.G.T.S	F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	LÍQUIDO A RECEBER	1.302,00
1.415,33	113,22	922,93		

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

12/08/2019
DATA

Jaymelle A. Freitas
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

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

12/08/2019
José Julio Bruno (OI) MG 52673585
Fernanda Rodrigues Cruz (OI) MG 17.312.722

25



REGISTRO DE PONTO

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO:

JAYMELLE ARAÚJO FREITAS

MÊS/ ANO:

JULHO/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	:	:	:	:			
6	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
7	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
8	SEGUNDA	:	:	:	:			
9	TERÇA	:	:	:	:			
10	QUARTA	:	:	:	:			
11	QUINTA	:	:	:	:			
12	SEXTA	:	:	:	:			
13	SÁBADO	-----	-----	-----	-----			
14	DOMINGO	-----	-----	-----	-----			
15	SEGUNDA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			
16	TERÇA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			
17	QUARTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			
18	QUINTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			
19	SEXTA	RECESSO	RECESSO	RECESSO	RECESSO			
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	08:00	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			
31	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Jaymelle Araújo Freitas

DECLARAMOS QUE OS SERVIÇOS FORAM PRESTADOS
 MATERIAIS FORAM RECEBIDOS
 EM CONDIÇÕES SATISFATÓRIAS. (26)

Ana Júlia Bruns (CI) 116.626.73585
Fernanda Rodrigues Cruz 116.17.312.222



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Jaynelle Naylo Freitas
portador da Carteira Profissional nº _____
e 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 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 3 (três) dias, a partir de 10/07/19 por motivo de doença CID: 276.3 (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.)

comprovação julho menor de idade
doente: Maria Luiza Costa - Same idade
Deverá 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

UBS - ÁGUA BRANCA

Av. Seis, nº 320

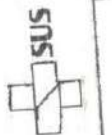
DATA

10/07/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Luiza Fernanda Odara Souza
MÉDICA
CRM MG 73539
CONTROLE 8268266

B. Conjunto Água Branca
Tel.: 3352-5245



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Jaymelle Araújo Frito

portador da Carteira Profissional nº _____

e 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 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 02 (dois) dias, a partir de 08/07/19 por motivo de doença CID Z16.3 (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). Acompanhando Alho menor de idade doente. Maria Luiza Camilo Costa Saus.

Deverá 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: UBS - AGUA BRANCA

Tel: 3352-5245

ASSINATURA E CARRMEC DO RESPONSÁVEL: [Signature]

DATA: 08/07/19

CRM-MG 73539

Dr(a) Luíza Fernanda Odeira Souza

Dr(a) Luíza Fernanda Odeira Souza

Dr(a) Luíza Fernanda Odeira Souza

Dr(a) Luíza Fernanda Odeira Souza

Dr(a) Luíza Fernanda Odeira Souza

Dr(a) Luíza Fernanda Odeira Souza

Dr(a) Luíza Fernanda Odeira Souza

Dr(a) Luíza Fernanda Odeira Souza

SMS-ATI

DATA: 08/07/19

ASSINATURA E CARRMEC DO RESPONSÁVEL: [Signature]

UNIDADE DE SAÚDE: _____

OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

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

Necessita permanecer afastado do trabalho por 1 (um) dia, a partir de 08/07/19 por motivo de doença CID Z16.3 (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). acompanhando marido viajante

Deverá 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: _____

Tel: _____

ASSINATURA E CARRMEC DO RESPONSÁVEL: [Signature]

DATA: _____

CRM-MG _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

Dr(a) _____

SUS
Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

igh
Instituto de Gestão e Humanização