

Comp Banco Agência DV C1 Conta C2 Série Cheque N C3  
 018 001 0503 7 4 85.843-7 2 800 832924 6 R\$ #1.235,00#  
 010 001 0503 7 4 85.843-7 2 800 832924 6

Pague por este cheque a quantia de Um mil duzentos e trinta e cinco reais e centavos acima

Jaymelle Araújo Freitas ou à sua ordem

**BANCO DO BRASIL**

EMPRESA CONTAGEM MG  
 00.000.000/0000.00

CONFECÇÃO 07/2019

Contagem 03 de Setembro de 2019  
 Gerardo Luciano da Silva  
 CRECHE ESCOLAR BEM-TE-VI  
 CNPJ 04.784.835/0001-30  
 CLIENTE BANCÁRIO DESDE 03/2007

Marcelo B. Ferreira

00105036 0188529245 146006564374

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL				Competência	
Empresa				Agosto/2019	
0028 CRECHE ESCOLAR INFANTIL BEM-TE-VI				Divisão R.H.	
Rua SARAH KUBISTCHECK, 350 - DARCY VARGAS				002.000.000	
Contagem MG 32372-200 CNPJ: 04.784.835/0001-30				Função	
				EDUCADORA INFANTIL	
Nº Reg.	Chapa	Nome			
00064		JAYMELLE ARAUJO FREITAS			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALÁRIO NORMAL				
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS	30,00	1.415,33		
101	I.N.S.S.		0,50		
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR	8,00		107,39	
141	FALTAS ATRASOS EM HORAS	4,00		0,53	
142	FALTAS ATRASOS EM DIAS	1,00		25,73	
				47,18	
<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>		Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.415,33	1.342,42	1.415,83	180,83
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	<b>LÍQUIDO A RECEBER</b>	
1.342,42		107,39	855,85	<b>1.235,00</b>	
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
<u>03/09/2019</u>		<u>Jaymelle A. Freitas</u>			
DATA		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO			

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

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

03/09/2019  
Júlia Cruz (01) 1612673585  
Fernanda Rodrigues Cruz (01) MG 17-312-227



# REGISTRO DE PONTO

## CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO:

JAYMELE ARAÚJO FREITAS

MÊS/ ANO:

AGOSTO/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	QUINTA	08:00	12:00	:	:			
2	SEXTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
3	SÁBADO							
4	DOMINGO							
5	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:48			
6	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:48			
7	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
8	QUINTA	:	:	:	:			
9	SEXTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
10	SÁBADO							
11	DOMINGO							
12	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:48			
13	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:48			
14	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
15	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
16	SEXTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
17	SÁBADO							
18	DOMINGO							
19	SEGUNDA	08:00	12:00	13:00	17:48			
20	TERÇA	08:00	12:00	13:00	17:48			
21	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
22	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
23	SEXTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
24	SÁBADO							
25	DOMINGO							
26	SEGUNDA	:	:	:	:			
27	TERÇA	:	:	:	:			
28	QUARTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
29	QUINTA	08:00	12:00	13:00	17:48			
30	SEXTA	FERIADO	FERIADO	FERIADO	FERIADO			
31	SABADO							

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Jaymelle Araujo Freitas

Gerardo Lucivare da Silva

SERVIÇOS FORAM PRESTADOS  
 MATERIAIS FORAM RECEBIDOS  
EM CONDIÇÕES SATISFATÓRIAS.

José Guilherme Brunici (11) 116 32 673 585  
Fernanda Rodrigues Cruz (11) 116 17 312 227



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



Atesto que o(a) Sr(a) Jaynelle Araújo 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 02 ( dois ) dias, a partir de 26/03/19 por motivo de doença CID. 276 (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). acompanhado filho Paulo como com 10 dias de ausência.

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 B. Conjunto Água Branca  
Tel.: 3352-5245

DATA 26/03/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  
Dra. Luiza Fernanda Odara Souza  
M<sup>ED</sup>ICA  
**CRM<sub>MG</sub> 73539**  
CONTROLE 8268266