



## Transações Pendentes

G333131339648474018  
13/11/2019 13:48:34

### DOC ou TED Eletrônico

#### Debitado

---

Agência	503-7
Conta corrente	65643-7 CRECHE ESCOLAR BEM-TE-VI

#### Creditado

---

Banco	104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência (sem DV)	893 CONTAGEM
Conta corrente (com DV)	1081096
CPF	061.705.926-80
Nome favorecido	JAYMELLE ARAUJO FREITAS
Finalidade	CREDITO EM CONTA
Número documento	111.302
Valor	1.367,00
Data transferência	13/11/2019

"C" - CPF/CNPJ diferente

Autenticação SISBB	8D5479C2126D9D9F
--------------------	------------------

---

Assinada por	J8217168 MATEUS LEVI ALBINO FERREIRA	13/11/2019 09:37:29
	J8217163 GERALDO LUCIVANE DA SILVA	13/11/2019 13:48:34

Transação efetuada com sucesso.

---

Transação efetuada com sucesso por: J8217163 GERALDO LUCIVANE DA SILVA.

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL				Competência	
Empresa				Outubro/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	30,00	1.486,10		
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,06		
101	I.N.S.S.	8,00		118,88	
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,28	
<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>		Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.486,10	1.486,10	1.486,16	119,16
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	<b>LÍQUIDO A RECEBER</b>	
1.486,10		118,88	988,04	<b>1.367,00</b>	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

13/11/2019

DATA

Jaymelle A. Freitas

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2ª via/Empregador

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

13 / 11 / 2019

José Julião Gomes (CI) MG 2673585  
Bárbara Miranda Santos (CI) MG 7536628



## REGISTRO DE PONTO

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

NOME DO FUNCIONÁRIO:  
JAYMELE ARAÚJO FREITAS

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

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Jaymelle Araújo Freitas

Geraldo Luciano da Silva

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

13 / 11 / 2019  
 Ana Júlia Brasil (C) 16.267.3585  
 Fernanda Rodrigues Cruz (C) 16.17.312.222



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



Atesto que o(a) Sr(a) Maria Luiza de Oliveira  
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 01 dia(s), a partir de 04/10/19 por motivo de doença CID. A09-7 (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).

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

DATA

04.10.19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Telma Barbosa  
C.R.C. nº 23234  
CONTR. nº 1874220

UBS - ÁGUA BRANCA  
B. Conjunto Água Branca  
Tel: 3352-5245