



Transações Pendentes

G331031120467904018
03/10/2019 11:32:45

DOC ou TED Eletrônico

Debitado

Agência	2818-5
Conta corrente	45141-X CRECHE ESCOLAR BEM-TE-VI

Creditado

Banco	104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Agência (sem DV)	1639 JARDIM INDUSTRIAL
Conta corrente (com DV)	1391037
CPF	135.769.426-10
Nome favorecido	FERNANDA RODRIGUES DA CRUZ
Finalidade	CREDITO EM CONTA
Número documento	100.301
Valor	1.286,00
Data transferência	03/10/2019
"C" - CPF/CNPJ diferente	
Autenticação SISBB	7A15D4B42CA1B09E

Assinada por	J8217168 MATEUS LEVI ALBINO FERREIRA	03/10/2019 11:30:18
	J8217163 GERALDO LUCIVANE DA SILVA	03/10/2019 11:32:45

Transação efetuada com sucesso.

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

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL				Competência	
Empresa				Setembro/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	
				ASSIS ADMINISTRATIVO	
Nº Reg.	Chapa	Nome			
00066		FERNANDA RODRIGUES DA CRUZ			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALÁRIO NORMAL	30,00	1.362,00		
022	SALÁRIO FAMÍLIA	1,00	32,80		
100	ARREDONDAMENTO DO MÊS		0,93		
101	I.N.S.S.	8,00		108,96	
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,77	
RESUMO DO SALÁRIO		Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.362,00	1.362,00	1.395,73	109,73
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	LÍQUIDO A RECEBER	
1.362,00		108,96	1.063,45	1.286,00	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

03-10-2019
DATA

Fernanda Rodrigues da Cruz
ASSINATURA DO FUNCIONARIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

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

03/10/2019
João Julião (CI) MG 2623585
Fernanda Rodrigues Cruz (CI) MG 17.312.222

Geraldo Lucivane da Silva



REGISTRO DE PONTO

CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO:

FERNANDA RODRIGUES DA CRUZ

MÊS/ ANO:

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

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Fernanda Rodrigues da Cruz

Geraldo Luciano da Silva

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

Ana Julia Sousa (CI) *MG-2673585*
Fernanda Rodrigues Cruz (CI) *MG-17.312.222*



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Fernandes Rodrigues da Cruz

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

Não apresentou ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infeccio-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 23/09/19 por motivo de doença CID. A09 (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

23/09/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

PL 3352-5245

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



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Fernandes Rodrigues da Cruz
portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infeccio-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 _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 02 (dois) dias, a partir de 23/09/19 por motivo de doença CID: A09 (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 UBS AGUA BRANCA
AV. BEIS, Nº 320
B CONJUNTO AGUA BRANCA

DATA 23/09/19 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
DR. LUIZA FERNANDA ODARA SOUZA
MÉDICA
CRM-MG 73539
CONTRÓLE 8268266