



Transações Pendentes

G338061004295073061
06/12/2019 10:44:22

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	120.601
Valor	1.285,00
Data transferência	06/12/2019
"C" - CPF/CNPJ diferente	
Autenticação SISBB	D7C28B2805D4C6C4

Assinada por	J8217168 MATEUS LEVI ALBINO FERREIRA	06/12/2019 07:51:57
	J8217163 GERALDO LUCIVANE DA SILVA	06/12/2019 10:44:22

Transação efetuada com sucesso.

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

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL

Competência: Novembro/2019
 Divisão R.H.: 002.000.000
 Função: ASSIS ADMINISTRATIVO

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
 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		0,01		
101	I.N.S.S.	8,00		108,96	
113	ARREDONDAMENTO DO MÊS ANTERIOR			0,85	
RESUMO DO SALÁRIO		Sal. Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.362,00	1.362,00	1.394,81	109,81
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	LÍQUIDO A RECEBER	1.285,00
1.362,00		108,96	1.063,45		

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

06/12/2019
 DATA

Fernanda Rodrigues da Cruz
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

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

06/12/2019
Pro. Julie Brun (CI) MG 12 673585
Balsobon (CI) MG 7 536 628



REGISTRO DE PONTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL BEM-TE-VI

NOME DO FUNCIONÁRIO:

FERNANDA RODRIGUES DA CRUZ

MÊS/ ANO:

NOVEMBRO/2019

HORÁRIO DE TRABALHO

ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA

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

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO:

Fernanda Rodrigues da Cruz



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Dorivalda Rodrigues da Alz
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 e 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 (um) dias, a partir de 04/11/19 por motivo de doença CID: _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para 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.

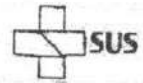
UNIDADE DE SAÚDE **UBS - ÁGUA BRANCA**
Av. Seis, nº 320
Contagem - Minas Gerais
Tel: 3352-5245

DATA 04/11/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Dra. Luiza Fernanda Odara Souza
MÉDICA
CRM nº 73539
CONTROLE 8268266



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Jornanda 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 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 11/11/19 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).

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

B. Conjunto Água Branca

Tel.: 3352-5245

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

11/11/19

Dra. Lulza Fernanda Odara Souza
MÉDICA
CRM nº 73589
CONTROLE 8268266



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO



Atesto que o(a) Sr(a) Fernanda 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 delírio 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 27 / 11 / 19 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).

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. SEIS, Nº 320
B CONJUNTO AGUA BRANCA

DATA 27/11/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
Dra. Luíza Fernanda Odara Souza
MÉDICA
CRM/MG 73539
CONTROLE 8268266