



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3312210397188061
22/12/2021 10:47:55

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
22/12/2021 - AUTOATENDIMENTO - 10.47.55
2818502818 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: CRECHE ESCOLAR BEM-TE-VI
AGENCIA: 2818-5 CONTA: 45.141-X

=====

SOBRE A TRANSACAO

=====

ID: E0000000020211222133911807552890
CNPJ DO PAGADOR: 4.784.835/0001-30
VALOR: 3.709,48
DATA: 22/12/2021 - 10:44:06
DESCRICAO: Rescisão de Contrato

=====

PAGO PARA: Jaymelle A Freitas
CPF: ***.705.926-**
CHAVE PIX: melcamilo2@gmail.com
INSTITUICAO: 18236120 NU PAGAMENTOS S.A.
AGENCIA: 0001 - CONTA: 0000000000181065039
TIPO DE CONTA: Conta Pagamento

=====

Esta transação pode ser tarifada em até 0,99%,
com valor máximo de R\$ 10,00.

=====

Notificacao enviada em: 22/12/2021 - 10:44:07

=====

DOCUMENTO: 122201
AUTENTICACAO SISBB: 0.1A2.67D.AAE.3E2.C4F

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de produ-
tos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais agencia, SAC e Demais canais de
atendimento.

Atendimento a deficientes auditivos ou fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao
e outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

| | | | |
|---|-------------|---|---------------------------|
| 01 CNPJ / CEI 04.784.835/0001-30 | | 02 Razão Social / Nome CRECHE ESCOLAR INFANTIL BEM-TE-VI | |
| 03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua: SARAH KUBISTCHECK, 350 | | | 04 Bairro DARCY VARGAS |
| 05 Município Contagem | 06 UF MG | 07 CEP 32372-200 | 08 CNAE 8511200 |

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| 10 PIS / PASEP 13004130105 | 11 Nome JAYMELLE ARAUJO FREITAS | |
| 12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA: CINCO, 385 | | 13 Bairro AGUA BRANCA |
| 14 Município Contagem | 15 UF MG | 16 CEP 32370-360 |

| | |
|---|--------------------------|
| 17 CTPS (nº, série, UF) 3634012.00020-MG | 18 CPF 061.705.926-80 |
|---|--------------------------|

| | |
|-------------------------------------|---|
| 19 Data de Nascimento 28/04/1981 | 20 Nome da Mãe MARIA ROSILENE DE FREITAS COSTA |
|-------------------------------------|---|

DADOS DO CONTRATO

| |
|---|
| 21 Tipo de Contrato CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO INDETERMINADO |
|---|

| |
|---|
| 22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR |
|---|

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|----------------------------|
| 23 Remuneração Mês Ant. 1.567,84 | 24 Data de Admissão 08/07/2021 | 25 Data do Aviso Prévio 20/12/2021 | 26 Data do Afastamento 20/12/2021 | 27 Cód. Afastamento SJ2 |
| 28 Pensão Alim. (%) TRCT 0.00 | 29 Pensão Alim. (%) FGTS 0.00 | | 30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado | |
| 31 Código Sindical 010.097.07283-1 | 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 17.450.529/0001-00 - SINDICATO DOS EMPREGADOS ENT. CULT. ASSOC. DO EST | | | |

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

| VERBAS RESCISÓRIAS | | | | | |
|---|----------|-------------------------------------|--------|--------------------------------------|-----------------|
| Rubrica | Valor | Rubrica | Valor | Rubrica | Valor |
| 50 Saldo de 20/dias (líquido De 0/faltas E Dsr) | 1.045,23 | 51 Comissões | | 52 Gratificação | |
| 53 Adic. de Insalubridade % | | 54 Adic. de Periculosidade % | | 55 Adic. Noturno 0 Hora(s) A 25% | |
| 56.1 Horas-Extras Hora(s) | | 57 Gorjetas | | 58 Descanso Semanal Remunerado (dsr) | |
| 59 Reflexo do 'DSR' sobre Salário Variável | | 60 Multa Art. 477, § 8º/CLT | | 62 Salário Família | |
| 63 13º Salário Proporcional 0/12 Avos | | 64.1 13º Salário Exercício /12 Avos | | 65 Férias Proporc 5/12 avos | 653,27 |
| 66.1 Férias Venc.Per. Aquis. À | | 68 Terço Constituc. de Férias | 261,31 | 69 Aviso-Prévio Indenizado 30/dias | 1.567,84 |
| 70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado) | 130,65 | 71 Férias (Aviso Prévio Indenizado) | 130,65 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | 99 Ajuste do Saldo Devedor | | TOTAL BRUTO | 3.788,95 |

DEDUÇÕES

| Desconto | Valor | Desconto | Valor | Desconto | Valor |
|---|-------|------------------------------|-------|--|-----------------|
| 100 Pensão Alimentícia | | 101 Adiantamento Salarial | | 102 Adiantamento 13º Salário | |
| 103 Aviso Prévio Indenizado 0/dias | | 112.1 Previdência Social | 78,39 | 112.2 Prev Social 13º Salário | |
| 114.1 IRRF | | 114.2 IRRF sobre 13º Salário | | 115.1 Outros Descontos - Arredondamento Do Mês | 0,71 |
| 115.2 Outros Descontos - Troco Anterior | 0,37 | | | | |
| | | | | TOTAL DEDUÇÕES | 79,47 |
| | | | | VALOR LÍQUIDO | 3.709,48 |

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

| EMPREGADOR | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|--|
| 01 CNPJ/CEI 04.784.835/0001-30 | 02 Razão Social/Nome CRECHE ESCOLAR INFANTIL BEM-TE-VI | | | |
| TRABALHADOR | | | | |
| 10 PIS/PASEP 13004130105 | 11 Nome JAYMELLE ARAUJO FREITAS | | | |
| 17 CTPS(nº, série, UF) 3634012.00020-MG | 18 CPF 061.705.926-80 | 19 Data de Nascimento 28/04/1981 | 20 Nome da Mãe MARIA ROSILENE DE FREITAS COSTA | |
| CONTRATO | | | | |
| 22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR | | | | |
| 24 Data de Admissão 08/07/2021 | 25 Data do Aviso Prévio 20/12/2021 | 26 Data de Afastamento 20/12/2021 | 27 Cód. Afast. SJ2 | 29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0.00 |
| 30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado | | | | |

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. n.º 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia ____/____/____ foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT n.º 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT no valor líquido de R\$ 3.709,48, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo da Quitação.

_____, 22 de Dezembro de 2021

Geraldo Lucivane da Silva

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

GERALDO LUCIVANE DA SILVA - RG: MG-8.659.793 - PRESIDENTE

Jaymelle A. Freitas

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

04.784.835/0001-30
CRECHE ESCOLAR INFANTIL BEM-TE-VI
RUA: SARA KUBITSCHKE, Nº: 350
B. DARCY VARGAS - CEP: 32372-200
CONTAGEM - MG

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Requerimento de Seguro-Desemprego - SD

7788459899

2 NOME
JAYMELLE ARAUJO FREITAS

3 NOME DA MÃE
MARIA ROSILENE DE FREITAS COSTA

4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC)
AVENIDA CINCO

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO _____ CEP 32370-360 UF MG DDD 00 TELEFONE 00000000

5 PIS/PASEP 130.04130.10-5 6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 3634012 20 MG 7 CPF 061.705.926-80

8 DATA NASCIMENTO 28/04/1981 9 SEXO F 10 GRAU DE INSTRUÇÃO 9 - SUPERIOR COMPLETO 11 DOMICÍLIO BANCÁRIO _____

12 TIPO INSCRIÇÃO CNPJ 13 CNPJ OU CEI (INSS) 04.784.835/0001-30

04.784.835/0001-30
 CRECHE ESCOLAR BEM TE VI
 R SARA KUBITSCHEK
 DARCY VAZGAS
 32372-200

14 DATA ADMISSÃO 08/07/2021 15 DATA DISPENSA 20/12/2021 16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim 17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 6

18 MÊS ANTEPENÚLTIMO R\$ 1.567,84 MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.567,84 MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.567,84

19 MA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS _____ 20 CBO 3311-05 OCUPAÇÃO Professor de nível médio na educação infantil

Geraldo Luciano da Silva
 ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 21/12/2021 CÓDIGO DA DISPENSA _____ RECEBEU SALÁRIO EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES _____

MOTIVO DO CANCELAMENTO _____ NÚMERO DO POSTO _____ INSC. AUTORIZADA _____

Empregador(es) dos últimos 36 meses em ordem decrescente (ver quadro 21 instruções do

| TIPO INSCRIÇÃO | CNPJ ou CEI da Empresa | DATA ADMISSÃO | DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO | CONTADO |
|----------------|------------------------|---------------|-------------------------|---------|
| CNPJ | 04.784.835/0001-30 | 08/07/2021 | 20/12/2021 | Sim |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SOMA TOTAL DE MESES **6**

ASSINATURA DO AGENTE _____

DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR

- Declaro, sob penas previstas na legislação, que as informações prestadas são verdadeiras:
- I - fui dispensado sem justa causa, estou desempregado e caso eu venha a conseguir outro emprego enquanto estiver recebendo Seguro-Desemprego, avisarei a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego;
 - II - não possuo renda própria de qualquer natureza suficiente à manutenção pessoal e da minha família;
 - III - não estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte;
 - IV - estou ciente que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação a salário anterior cancelará o meu benefício;
 - V - conheço as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido comprometo-me a devolvê-lo ao FAT;
 - VI - as informações acima citadas são verdadeiras.



22/12/2021 LOCAL E DATA

Jaymelle A. Freitas
 ASSINATURA DO TRABALHADOR

1ª via: Posto Atendimento MTE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa - CD

7788459899

| | |
|---|--|
| 2 NOME JAYMELLE ARAUJO FREITAS | |
| 3 NOME DA MÃE MARIA ROSILENE DE FREITAS COSTA | |
| 4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) AVENIDA CINCO | |
| 5 COMPLEMENTO DO ENDEREÇO | 6 CEP 32370-360 |
| | 7 UF MG |
| | 8 DDD 00 |
| | 9 TELEFONE 00000000 |
| 10 PIS/PASEP 130.04130.10-5 | 11 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 3634012 20 MG |
| | 12 CPF 061.705.926-80 |
| 13 DATA NASCIMENTO 28/04/1981 | 14 SEXO F |
| 15 GRAU DE INSTRUÇÃO 9 - SUPERIOR COMPLETO | 16 DOMICÍLIO BANCÁRIO |
| 17 TIPO INSCRIÇÃO CNPJ | 18 CNPJ OU CEI(INSS) 04.784.835/0001-30 |

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| 19 DATA ADMISSÃO 08/07/2021 | 20 DATA DISPENSA 20/12/2021 | 21 AVISO PRÉVIO INDENIZADO Sim | 22 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 6 |
| 23 MÊS ANTEPENÚLTIMO R\$ 1.567,84 | 24 MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.567,84 | 25 MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.567,84 | |
| 26 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS | 27 CBO 3311-05 | 28 OCUPAÇÃO Professor de nível médio na educação infantil | |

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

| | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 29 DATA DO REQUERIMENTO 21/12/2021 | 30 CÓDIGO DA DISPENSA |
| 31 MOTIVO DO CANCELAMENTO | |
| 32 NÚMERO DO POSTO | |
| 33 ASSINATURA DO AGENTE | |

grald huciane de silva
04.784.835/0001-30
CRECHE ESCOLAR INFANTIL BEM-TI-VI
RUA: SARA KUBITSCHKE, Nº: 350
B. DARCY VARGAS - CEP: 32372-200
CONTAGEM - MG

DESTACAR (Protocolo do Empregador)



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa -

7788459899

| |
|--|
| 34 PIS/PASEP 130.04130.10-5 |
| 35 NOME JAYMELLE ARAUJO FREITAS |
| 36 RECEBI DE (firma ou 2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO. |
| 37 LOCAL E DATA <i>20/12/2021</i> |
| 38 POLEGAR DIREITO |
| 39 ASSINATURA DO TRABALHADOR <i>Jaymelle Freitas</i> |

2ª via: Trabalhador



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

NOME DO FUNCIONÁRIO: JAYMELE ARAUJO FREITAS

MÊS/ ANO:
DEZEMBRO/2021

| HORÁRIO DE TRABALHO | | |
|---------------------|-----------|-------|
| ENTRADA | INTERVALO | SAÍDA |
| | | |

| DIA | DIA SEMANA | 1º EXPEDIENTE | | 2º EXPEDIENTE | | HORA EXTRAS | | ASSINATURA |
|----------------------------|------------|---------------|---------|---------------|---------|-------------|-------|------------|
| | | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | ENTRADA | SAÍDA | |
| 1 | QUARTA | 08:00 | 13:00 | 14:00 | 17:48 | | | Jaymelle |
| 2 | QUINTA | 08:00 | 13:00 | 14:00 | 17:48 | | | Jaymelle |
| 3 | SEXTA | 07:00 | 12:00 | 13:00 | 16:48 | | | Jaymelle |
| 4 | SABADO | ----- | ----- | ----- | ----- | | | ----- |
| 5 | DOMINGO | ----- | ----- | ----- | ----- | | | ----- |
| 6 | SEGUNDA | | | | | | | |
| 7 | TERÇA | 08:00 | 13:00 | 14:00 | 17:48 | | | Jaymelle |
| 8 | QUARTA | 08:00 | 13:00 | 14:00 | 17:48 | | | Jaymelle |
| 9 | QUINTA | 08:00 | 13:00 | 14:00 | 17:48 | | | Jaymelle |
| 10 | SEXTA | 07:00 | 12:00 | 13:00 | 16:48 | | | Jaymelle |
| 11 | SABADO | ----- | ----- | ----- | ----- | | | ----- |
| 12 | DOMINGO | ----- | ----- | ----- | ----- | | | ----- |
| 13 | SEGUNDA | 07:00 | 13:00 | 14:00 | 17:48 | | | Jaymelle |
| 14 | TERÇA | 08:00 | 13:00 | 14:00 | 17:48 | | | Jaymelle |
| 15 | QUARTA | 07:00 | 13:00 | 14:00 | 16:48 | | | Jaymelle |
| 16 | QUINTA | 08:00 | 13:00 | 14:00 | 17:48 | | | Jaymelle |
| 17 | SEXTA | 07:00 | 12:00 | 13:00 | 16:48 | | | Jaymelle |
| 18 | SABADO | ----- | ----- | ----- | ----- | | | ----- |
| 19 | DOMINGO | ----- | ----- | ----- | ----- | | | ----- |
| 20 | SEGUNDA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 21 | TERÇA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 22 | QUARTA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 23 | QUINTA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 24 | SEXTA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 25 | SABADO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 26 | DOMINGO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 27 | SEGUNDA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 28 | TERÇA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 29 | QUARTA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 30 | QUINTA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| 31 | SEXTA | RECESSO | RECESSO | RECESSO | RECESSO | | | ----- |
| ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: | | | | | | | | |
| Jaymelle Freitas | | | | | | | | |

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

Geraldo Luciane da Silva

Jaymelle Freitas (CI) MG 52.673585
Barbara Santos (CI) MG 7.536.628



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Jaymelle da Silva Freitas
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença 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 (um) dias, a partir de 06/12/21 por motivo de doença CID. Z76.3 (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).
acompanhado pelo Paulo Camilo Costa de Barros, dentista.

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ conforme o dispositivo 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:

SUS - ÁGUA BRANCA
Av. Sete, nº 320
B. Conjunto Água Branca
Tel.: 3352-5245

DATA:

06/12/21

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL:

Dra. Luiza Fernanda Odara Souza
CRM MG 73539
CONTROLE 8268266