

### Recibo de Pagamento de Salário

Referente : 01/02/2022 a 28/02/2022

Empresa : 00038 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA DA ALIANC Endereço : R VISCONDE DE ITABORAI, 111 Nome : 000269 CRISTIANE MARTA DA CRUZ SILVA Cargo : Educador Infantil	CNPJ/CPF/CEI : 08583491000152 Admissão : 03/05/2021 CPF: : 04079890648 Setor/CC : Geral
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	Salário Base	030,00	2.208,00		
590	Vale Transporte 3%			66,24	
903	INSS Folha			180,54	
			2.208,00	246,78	
			<b>Valor Líquido</b>	<b>1.961,22</b>	
Saldo Base	Sal. Contri. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.208,00	2.208,00	8,1766	2.208,00	176,64	2.027,46

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

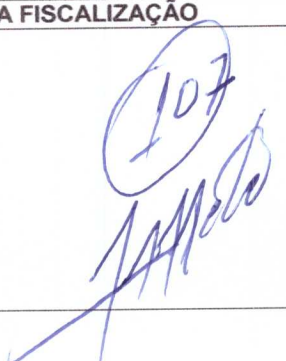
03/03/22  
DATA

Cristiane M. Cruz Silva  
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

# FOLHA DE PONTO INDIVIDUAL DE TRABALHO

EMPREGADOR: NOME / EMPRESA <b>INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL ARCA DA ALIANÇA</b>		CEI / CNPJ Nº <b>08583491/0001-52</b>
ENDEREÇO: <b>RUA. VISCONDE DE ITABORAI 111 – JARDIM INDUSTRIAL</b>		
EMPREGADO(A): <b>CRISTIANE MARTA DA CRUZ SILVA</b>	CTPS Nº E SÉRIE:	DATA DE ADMISSÃO:
FUNÇÃO: <b>EDUCADORA INFANTIL</b>	HORÁRIO DE TRABALHO DE SEG. A SEXTA FEIRA:	
HORÁRIO AOS SABADOS: -----	DESCANSO SEMANAL: <b>SAB / DOM</b>	MÊS: <b>FEVEREIRO</b>
		ANO: <b>2022</b>

DIAS MÊS	ENTRADA MANHÃ	ALMOÇO		SAÍDA TARDE	EXTRAS		ASSINATURA
		SAÍDA	RETORNO		ENTRADA	SAÍDA	
01	08:02	12:03	13:04	17:05			<i>CSilva</i>
02	08:03	12:04	13:05	17:02			<i>CSilva</i>
03	08:03	12:01	13:03	17:05			<i>CSilva</i>
04	08:02	12:03	13:05	17:04			<i>CSilva</i>
05		Sab.					
06		Dom.					
07	08:04	12:03	13:02	17:03			<i>CSilva</i>
08	08:03	12:04	13:05	17:01			<i>CSilva</i>
09	08:02	12:03	13:04	17:05			<i>CSilva</i>
10	08:03	12:05	13:02	17:03			<i>CSilva</i>
11	08:02	12:03	13:05	17:02			<i>CSilva</i>
12		Sab.					
13		Dom.					
14	08:02	12:05	13:03	17:04			<i>CSilva</i>
15	08:01	12:03	13:05	17:04			<i>CSilva</i>
16	08:03	12:04	13:02	17:05			<i>CSilva</i>
17	08:04	12:03	13:05	17:03			<i>CSilva</i>
18		Atestado					
19		Sab.					
20		Dom.					
21		Atestado					
22	08:03	12:04	13:02	17:05			<i>CSilva</i>
23	08:02	12:05	13:04	17:03			<i>CSilva</i>
24	08:03	12:02	13:05	17:04			<i>CSilva</i>
25	08:04	12:03	13:02	17:05			<i>CSilva</i>
26		Sab.					
27		Dom.					
28		RECESSO					
29							
30							

RESUMO GERAL				VISTO DA FISCALIZAÇÃO	
+	Dias / Horas Normais		R\$	<div style="text-align: center;">  </div>	
+	H. Extras / Adicionais (Verso)		R\$		
(-)	Faltas no Mês		R\$		
=	Sub-Total / Base de Cálculo		R\$		
(-)	% INSS		R\$		
(-)	Outros Descontos (Verso)		R\$		
+	Salário Família		R\$		
Total Líquido a Receber			R\$		

ANEXO III

ATESTADO MÉDICO E TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES/CONTATOS E ENCAMINHAMENTO PARA TELEMONITORAMENTO (COVID-19) - SUS BETIM

Eu, Fabio Luiz da Silva, DN: 16/02/76

*Nome do paciente e seu representante legal/responsável (quando for o caso)*

data de início de sintomas 14/02/22 telefone(s) 99415-1506 residente e domiciliado(a), a Av. Marco Tulio, 9135/06-102

*Endereço completo (Rua, Nº, Complemento, Bairro)*

Unidade Básica de referência Nova Baden

- Grupo de risco:  não há fator de risco ( ) outros
- ( ) HAS ( ) menor de 5 anos ( ) maior que 60 anos ( ) população em situação de rua
- ( ) IRC ( ) pneumopatia ( ) cardiopatia ( ) trabalhador de serviço de saúde
- ( ) DM ( ) imunossuprimido ( ) gestante ( ) profissional de seg. pública

na qualidade de paciente/responsável legal sob os cuidados do profissional abaixo nomeado, declaro que fui informado acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979 DE 06/02/2020; com o DECRETO ESTADUAL Nº 113 DE 12/03/2020; com as ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE publicado em 17/06/2020 e NOTA TÉCNICA COVID-19 VIGENTE DA SMS BETIM, devido suspeita/confirmação de COVID-19, tendo ciência de seus benefícios, assim como das consequências e complicações e riscos decorrentes de sua não realização.

Comprometo-me a desenvolver as orientações mencionadas abaixo, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização:

- Permanecer em isolamento domiciliar conforme orientação da equipe de saúde;
- Não frequentar locais públicos, escola, local de trabalho e somente sair de casa em situações de emergência;
- Manter distância dos demais familiares, permanecendo em ambiente isolado e bem arejado;
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Manter os ambientes da sua casa com ventilação natural, deixando as janelas abertas;
- Utilizar máscara, seguindo as orientações do Decreto Municipal relacionado;
- Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar, evitando tocar boca, olhos e nariz sem higienizar as mãos;
- Higienizar as mãos frequentemente com água e sabão ou com álcool em gel, especialmente depois de tossir ou espirrar.

Declaro ainda, que me responsabilizo a permanecer em isolamento domiciliar e afastado de minhas atividades profissionais por 06 (SEIS) dias, a partir de 16/02/22, conforme recomendação do médico que assina este atestado (considerar 14 dias a contar da data de início dos sintomas) - CID J11

(CID J11: sind. gripal inespecífica; B34.2: Inf. coronavirus de localização não especificada; U07.1: COVID-19, vírus identificado; U07.2: COVID-19, vírus não identificado)

Declaro abaixo os nomes das pessoas que residem no mesmo endereço e que deverão cumprir a medida de isolamento domiciliar pelo mesmo período - CID Z20.9: contato com exposição à doença transmissível não especificada, ciente da responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas:

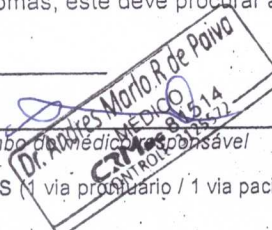
1. CRISTIANE M. C. SILVA
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa sintomática: \_\_\_\_\_

Obs.: Caso algum contato domiciliar apresente sintomas, este deve procurar atendimento médico.

Unidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do médico responsável



Data: 16/02/22

PREENCHER EM 2 VIAS (1 via profissional / 1 via paciente)

ANEXO III

ATESTADO MÉDICO E TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES/CONTATOS E ENCAMINHAMENTO PARA TELEMONITORAMENTO (COVID-19) - SUS BETIM

Eu, Lucy Herivelto da Cruz Santana, DN: 27 / 03 / 2002

*Nome do paciente e seu representante legal/responsável (quando for o caso)*

data de início de sintomas 15 / 02 / 22 telefone(s) \_\_\_\_\_ residente e domiciliado(a) a marco túlio 9135 apt 102 bloco 6

*Endereço completo (Rua, Nº, Complemento, Bairro)*

Unidade Básica de referência Uguiza Maria de Carvalho

- Grupo de risco:  não há fator de risco  outros
- |                              |                                          |                                            |                                                          |
|------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> menor de 5 anos | <input type="checkbox"/> maior que 60 anos | <input type="checkbox"/> população em situação de rua    |
| <input type="checkbox"/> IRC | <input type="checkbox"/> pneumopatia     | <input type="checkbox"/> cardiopatia       | <input type="checkbox"/> trabalhador de serviço de saúde |
| <input type="checkbox"/> DM  | <input type="checkbox"/> imunossuprimido | <input type="checkbox"/> gestante          | <input type="checkbox"/> profissional de seg. pública    |

na qualidade de paciente/responsável legal sob os cuidados do profissional abaixo nomeado, declaro que fui informado acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979 DE 06/02/2020; com o DECRETO ESTADUAL Nº 113 DE 12/03/2020; com as ORIENTAÇÕES PARA MANEJO DE PACIENTES COM COVID-19 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE publicado em 17/06/2020 e NOTA TÉCNICA COVID-19 VIGENTE DA SMS BETIM, devido suspeita/confirmação de COVID-19, tendo ciência de seus benefícios, assim como das consequências e complicações e riscos decorrentes de sua não realização.

Comprometo-me a desenvolver as orientações mencionadas abaixo, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização:

- Permanecer em isolamento domiciliar conforme orientação da equipe de saúde;
- Não frequentar locais públicos, escola, local de trabalho e somente sair de casa em situações de emergência;
- Manter distância dos demais familiares, permanecendo em ambiente isolado e bem arejado;
- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Manter os ambientes da sua casa com ventilação natural, deixando as janelas abertas;
- Utilizar máscara, seguindo as orientações do Decreto Municipal relacionado;
- Cobrir o nariz e a boca com lenço descartável ao tossir ou espirrar, evitando tocar boca, olhos e nariz sem higienizar as mãos;
- Higienizar as mãos frequentemente com água e sabão ou com álcool em gel, especialmente depois de tossir ou espirrar.

Declaro ainda, que me responsabilizo a permanecer em isolamento domiciliar e afastado de minhas atividades profissionais por 03 (TRÊS) dias, a partir de 17/02/22, conforme recomendação do médico que assina este atestado (considerar 14 dias a contar da data de início dos sintomas) - CID J-11

(CID J11: sind. gripal inespecífica; B34.2: Inf. coronavírus de localização não especificada; U07.1: COVID-19, vírus identificado; U07.2: COVID-19, vírus não identificado)

Declaro abaixo os nomes das pessoas que residem no mesmo endereço e que deverão cumprir a medida de isolamento domiciliar pelo mesmo período - CID Z20.9: contato com exposição à doença transmissível não especificada, ciente da responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas:

- Fabio Luis da Silva
- Cristiane Maria da Cruz Silva
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa sintomática: \_\_\_\_\_

Obs.: Caso algum contato domiciliar apresente sintomas, este deve procurar atendimento médico.

Unidade de atendimento: NOVA BADEN

Dr. Thauron Pedro da Silva Santos  
CRM-MG 85961

Assinatura/carimbo do médico responsável

Data: 17 / 02 / 22

PREENCHER EM 2 VIAS (1 via prontuário / 1 via paciente)

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	INST DES ARCA DA ALIANÇA
<b>Conta origem:</b>	0893   003   00001354-5
<b>Conta destino:</b>	1639   013   00106424-9

<b>Nome destinatário:</b>	CRISTIANE MARTA DA CRUZ
<b>Valor:</b>	R\$ 2.027,46
<b>Identificação da operação:</b>	CRISTIANE MARTA

<b>Data de débito:</b>	03/03/2022
<b>Data/hora da operação:</b>	03/03/2022 11:09:03

<b>Código da operação:</b>	016684539
<b>Chave de segurança:</b>	G3YU4TR1CJNTLZPZ

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS  
SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104