

INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 107930 - DEBORA FAVARO MEDES DE OLIVEIRA		Período: 10/2020
Cargo: 0212 - SUPERVISOR DE SRT	Matricula: 0000012055	CTPS: 0672954 / 00020
Depto.: 000030 - SRT - SERV. DE R. TERAPEUTICA	Admissão: 01/02/2020	CPF: 074.350.796-77

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	3.642,00	
0510 - Arredondamento		0,84	
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,85
0520 - Desconto INSS	14,00		368,81
0530 - Desconto IRRF	15,00		136,18

TC - 001/2020	Total:	3.642,84	Total:	505,84
	Valor Líquido			3.137,00

Recebi o valor líquido, acima descrito em 05/11/20 Assinatura: Debora Favaro Medes Oliveira

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
3.642,00	3.642,00	3.642,00	291,36	3.273,19	15%

Funcionário : 107930 - DEBORA FAVARO MEDES DE OLIVEIRA
 Cargo : 0212 - SUPERVISOR DE SRT
 Data Admissão : 01/02/2020 Matrícula: 0000012055
 Horário : 08:00 14:00
 Período : 01/10/2020 a 31/10/2020
 Departamento : 000030 SRT - SERV. DE R. TERAPEUTICA
 Centro de Custo : 000030 - SRT - SERV. DE R. TERAPEUTICA

17.359.415/0001-59
 INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS
 Rua Carlos Pinheiro Chagas 170
 Ressaça - 32113460
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Quinta-Feira	08:15			14:10	Debora Medes Oliveira
02 - Sexta-Feira	08:05			14:03	Debora Medes Oliveira
03 - Sábado					
04 - Domingo					
05 - Segunda-Feira	08:00			13:58	Debora Medes Oliveira
06 - Terça-Feira	08:03			13:55	Debora Medes Oliveira
07 - Quarta-Feira	07:45			13:51	Debora Medes Oliveira
08 - Quinta-Feira	08:03			14:05	Debora Medes Oliveira
09 - Sexta-Feira	07:55			14:00	Debora Medes Oliveira
10 - Sábado					
11 - Domingo					
12 - Feriado					
13 - Terça-Feira	07:53			13:59	Debora Medes Oliveira
14 - Quarta-Feira					} Atestada
15 - Quinta-Feira					
16 - Sexta-Feira					
17 - Sábado					
18 - Domingo					
19 - Segunda-Feira					
20 - Terça-Feira					
21 - Quarta-Feira	09:01			15:00	Debora Medes Oliveira
22 - Quinta-Feira	07:55			14:01	Debora Medes Oliveira
23 - Sexta-Feira	08:31			14:28	Debora Medes Oliveira
24 - Sábado					
25 - Domingo					
26 - Segunda-Feira	08:00			14:03	Debora Medes Oliveira
27 - Terça-Feira	08:05			14:07	Debora Medes Oliveira
28 - Quarta-Feira	07:58			14:00	Debora Medes Oliveira
29 - Quinta-Feira	08:20			14:17	Debora Medes Oliveira
30 - Sexta-Feira	08:01			13:57	Debora Medes Oliveira
31 - Sábado					

De conformidade com a Portaria MTB 3.626 de 13/11/1991 art. 13, este cartão substitui, para todos os efeitos legais, o quadro de horário de trabalho, inclusive o de menores

Nome do paciente:	THIAGO LUIZ VIEIRA BATISTA	Nº Pront.:	0001278068	Nº Atend.:	34229994
Data de Nascimento:	11/03/1985 Idade: 35 Anos 7 Meses 3 Dias	Convênio:	UNIMED BH		
Nome da mãe:	ROSANA LUCIA LUIZ VIEIRA	Setor:		Leito:	
Profissional:	CAMILA GONCALVES MIRANDA SHIMOYA BELEM	Data Assinatura:	14/10/2020 09:28:38		

DECLARAÇÃO DE COABITANTE

Eu THIAGO LUIZ VIEIRA BATISTA, RG Nº _____, CPF Nº 07555043645
residente e domiciliado na RUA CAPARAÓ, 304, Comp. CASA
Bairro MONTE CASTELO CEP _____ na cidade de CONTAGEM Estado MG
, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) CAMILA GONCALVES MIRANDA SHIMOYA BELEM
sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo
endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com data de início
14/10/2020 previsão de término 20/10/2020, local de cumprimento da medida DOMICILIO
Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:
- DÉBORA FAVARO MEDES DE OLIVEIRA

Assinatura da pessoa infectada

14/10/2020 09:28

Data e Hora

Cliente: **THIAGO LUIZ VIEIRA BATISTA**

CPF: **075.550.436-45**

Doc. Ident.: **13445001**

Data Nasc.: **11/03/85**

Sexo: **Masculino**

Atendimento: **120.581824**

Data Atendimento: **15/10/2020**

Médico Solicitante: **Dr(a) CAMILA GONCALVES MIRANDA**

Local Coleta: **ELDORADO**

Convênio: **UNIMED BH**

Obs.: Esse documento foi impresso pela internet. O original encontra-se disponível em qualquer unidade do Laboratório São Marcos.

DETECÇÃO QUALITATIVA DE CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2)

Método: PCR em Tempo Real

Material: Swab de Nasofaringe

Resultado: Não detectado

Valor de referência: Não detectado

Observações:

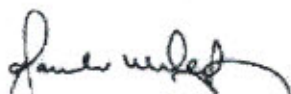
1. Este teste detecta a amplificação de fragmentos dos genes E, N e RdRP do genoma do Coronavirus subgênero Sarbecovirus que inclui o nCoV - 2019.
2. O resultado não detectado não descarta a presença do vírus em concentração inferior ao limite de detecção do teste que é de 100 cópias de RNA viral por reação. Havendo persistência dos sintomas clínicos, associada à suspeita epidemiológica, sugere-se, a critério médico, a repetição do teste após cinco dias ou a realização de Painel de Vírus Respiratórios tendo em vista que o período mais apropriado para a coleta de amostras do trato respiratório para a detecção de COVID-19 por teste molecular ainda não foi definido.
3. Este teste foi validado analiticamente.
4. É importante correlacionar o resultado deste exame com quadro clínico e outros achados laboratoriais do paciente.

Referências Bibliográficas:

- Corman Victor M, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Euro Surveill. 2020;25(3):pii=2000045. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>

Atenção para o novo layout a partir de 15/04/2020

Data da Coleta: 15/10/2020 | Data Liberação: 16/10/2020 | Liberado por: DR CLAUDIO CERQUEIRA - CRMMG 6888



Dr. CLAUDIO CERQUEIRA
CRMMG: 6888

Belo Horizonte, 16/10/2020



Dra. MARIANA CERQUEIRA
CRMMG: 43318

Responsável técnico:
Claudio Cerqueira
CRMMG: 6888

Nome do paciente:	THIAGO LUIZ VIEIRA BATISTA	Nº Pront.:	0001278068
Data de Nascimento:	11/03/1985 Idade: 35 Anos 7 Meses 3 Dias	Convênio:	UNIMED BH
Nome da mãe:	ROSANA LUCIA LUIZ VIEIRA	Setor:	
Profissional:	CAMILA GONCALVES MIRANDA SHIMOYA BELEM	Data Assinatura:	14/10/2020

DECLARAÇÃO DE COABITANTE

Eu THIAGO LUIZ VIEIRA BATISTA, RG Nº _____,

residente e domiciliado na RUA CAPARAÓ, 304, Comp. _____,

Bairro MONTE CASTELO, CEP _____ na cidade de CONTAGEM

, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) CAMILA GONCALVES MIRA sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que re endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, com

14/10/2020, previsão de término 20/10/2020, local de cumprimento da medida DO

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento: DÉBORA FAVARO MEDES DE OLIVEIRA

Assinatura da pessoa infectada

14/10/2020 09:28
Data e Hora