

# INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

## Demonstrativo de Pagamento

Func.: 107973 - LILIAN CONCEICAO DA MATA

Cargo: 0289 - CUIDADOR IDOSOS DIURNO

Depto.: 000047 - AC. ABRIGO IDOSO

Matricula: 0000012094

Admissão: 26/06/2020

Período: 08/2020

CTPS: 7433602 / 00050

CPF: 068.150.796-94

Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.150,00	
0108 - Insalubridade 40%		460,00	
0510 - Arredondamento		0,49	
0094 - Vale Transporte	1,00		34,50
0511 - Arredondamento Mês Anterior	9,00		0,77
0520 - Desconto INSS			129,22

TC 004-2020

Total: **1.610,49** Total: **164,49**

Valor Líquido **1.446,00**

Recebi o valor líquido, acima descrito em 03/09/20 Assinatura:

*Lilian Conceição da Mata*

Salário Base  
1.150,00

Sal. Contr. INSS  
1.610,00

Base Cál. FGTS  
1.610,00

FGTS do Mês  
128,80

Base Cál. IRRF  
1.480,78

Faixa IRRF

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 107973 - LILIAN CONCEICAO DA MATA  
 Cargo : 0259 - CUIDADOR IDOSOS DIURNO  
 Data Admissão : 26/06/2020 Matrícula : 0000012094  
 Horário : 07:00 12:00 13:00 19:00  
 Período : 01/08/2020 a 31/08/2020  
 Departamento : 000047 AC. ABRIGO IDOSO  
 Centro de Custo : 000047 - AC. ABRIGO IDOSO

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

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Sábado					
02 - Domingo	7:03	12:00	13:01	19:00	Lilian Conceição da Mata
03 - Segunda-Feira					
04 - Terça-Feira	7:00	12:01	13:00	19:01	Lilian Conceição da Mata
05 - Quarta-Feira					
06 - Quinta-Feira	6:58	11:59	13:00	19:03	Lilian Conceição da Mata
07 - Sexta-Feira					
08 - Sábado	7:01	12:03	13:00	19:00	Lilian Conceição da Mata
09 - Domingo					
10 - Segunda-Feira	6:59	12:00	13:01	19:05	Lilian Conceição da Mata
11 - Terça-Feira					
12 - Quarta-Feira	6:59	11:59	13:03	19:00	Lilian Conceição da Mata
13 - Quinta-Feira					
14 - Sexta-Feira	7:00	12:01	13:05	19:03	Lilian Conceição da Mata
15 - Sábado					
16 - Domingo	7:03	12:00	13:01	19:05	Lilian Conceição da Mata
17 - Segunda-Feira					
18 - Terça-Feira	7:01	12:03	13:01	19:03	Lilian Conceição da Mata
19 - Quarta-Feira					
20 - Quinta-Feira	7:00		13:00		Lilian Conceição da Mata
21 - Sexta-Feira					
22 - Sábado					
23 - Domingo					
24 - Segunda-Feira					
25 - Terça-Feira					
26 - Quarta-Feira					
27 - Quinta-Feira					
28 - Sexta-Feira					
29 - Sábado					
30 - Domingo					
31 - Segunda-Feira					

*Exatamente  
 social  
 conforme o  
 anexo*

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR E ENCAMINHAMENTO PARA TELEMONITORAMENTO ASSISTENCIAL PELA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, Lilian Comencios da Mata, DN: 25/03/1984

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

Profissão \_\_\_\_\_, CPF nº 068.150796-94 telefone(s) 31 994333650

residente e domiciliado(a), à Av. Luiz Manoel Tubo Isaac, n° 9135 B.  
Endereço completo (Rua, Nº, Complemento, Bairro)

Unidade Básica de referência \_\_\_\_\_

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 6 DE FEVEREIRO DE 2020, devido suspeita de NOVO CORONAVIRUS (COVID-2019), tendo ciência de seus benefícios e riscos, assim como das consequências e complicações decorrentes de sua não realização.

Me comprometo a desenvolver as orientações mencionadas, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização:

- Permanecer em isolamento domiciliar conforme orientação da equipe de saúde;
- 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 a máscara cirúrgica descartável;
- Não frequentar locais públicos, escola, local de trabalho. Somente saia de casa em situações de emergência;
- 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 pelo prazo de 20/08/2020 a 30/08/2020, CONFORME ATESTADO MÉDICO RECEBIDO.

Dra. Nadia V. S. Jordão  
MÉDICA  
30084

Assinatura/carimbo do médico responsável

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

- Lauanda Beliana da upata de Souza
- Pedro Rangel de Souza
- /
- /
- /

Assinatura da pessoa sintomática: x Lilian Data: 20/08/2020 Hora: 18 : 30

