

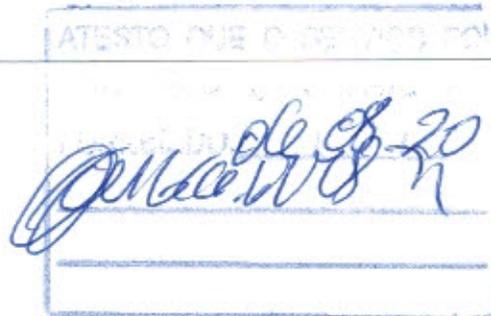
INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 108009 - FLAVIA DO NASCIMENTO FERREIRA		Período: 07/2020			
Cargo: 0259 - CUIDADOR IDOSOS DIURNO		Matrícula: 0000012124	CTPS: 6133307 / 00040		
Depto.: 000047 - AC. ABRIGO IDOSO		Admissão: 15/07/2020	CPF: 138.401.746-19		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	16,00	613,33			
0510 - Arredondamento		0,05			
0094 - Vale Transporte			18,39		
0520 - Desconto INSS	7,50		45,99		
TC 004-2020		Total: 613,38	Total: 64,38		
		Valor Líquido	549,00		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>0608/2020</u> Assinatura: <u>Flávia</u>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.150,00	613,33	613,33	49,06	567,34	




INST. ESPIRITA
LAR MARCOS

Funcionário : 108009 - FLAVIA DO NASCIMENTO FERREIRA
 Cargo : 0259 - CUIDADOR IDOSOS DIURNO
 Data Admissão : 15/07/2020 Matrícula : 0000012124
 Horário : 07:00 12:00 13:00 19:00
 Período : 15/07/2020 a 31/07/2020
 Departamento : 000047 AC. ABRIGO IDOSO
 Centro de Custo : 000047 - AC. ABRIGO IDOSO

17.359.415/0001-59
 INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS
 Rua CARLOS P CHAGAS 170
 RESSACA - 32113460
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
15 - Quarta-Feira	06:56	12:05	-	-	Ferreira
16 - Quinta-Feira	06:57	12:03	13:03	19:03	Ferreira
17 - Sexta-Feira	Folga	=	=	=	Ferreira
18 - Sábado	06:59	11:59	12:59	19:01	Ferreira
19 - Domingo	Folga	-	-	-	Ferreira
20 - Segunda-Feira	07:01	12:02	13:02	18:59	Ferreira
21 - Terça-Feira		Folga			Ferreira
22 - Quarta-Feira	07:03	12:04	13:04	18:57	Ferreira
23 - Quinta-Feira		Atestado			Ferreira
24 - Sexta-Feira		"			Ferreira
25 - Sábado		Atestado			Ferreira
26 - Domingo		"			Ferreira
27 - Segunda-Feira		Atestado			Ferreira
28 - Terça-Feira		"			Ferreira
29 - Quarta-Feira		Atestado			Ferreira
30 - Quinta-Feira		"			Ferreira
31 - Sexta-Feira		Atestado			Ferreira

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



INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA-SÃO BENEDITO

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que
Flóvia do Nascimento Ferreira.

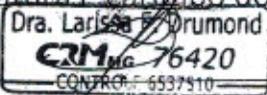
Compareceu nesta data para consulta/exame tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho/atividades escolares por 10 (dez) dias, a partir de 23/07/2020 por motivos de doença.

CID: _____

SÃO BENEDITO - SANTA LUZIA - MG

Este atestado é válido para finalidades no Art. 143§ 1º do decreto nº 2172 de 05/03/97, lei nº 5081/66 – CFO e resolução 1.219/85, sendo expedido para justificar o afastamento do trabalho de 01 a 15 dias.

Data <u>23/07/2020</u>	Assinatura e carimbo do profissional <u>Dra. Larissa Drumond</u> 
---------------------------	--


MST. ESPÍRITA
LAR MARCOS

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Eu, Flávia do Nascimento Ferreira, nacionalidade Brasileira, estado civil Solteira, inscrito(a) no CPF sob o nº 138.401.716 19 e profissão Cuidadora de idosos, residente e domiciliado(a) à Rua Urquieiro de Bufalo 194 Juliana, telefone de contato 31 99133 3887,

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 conseqüências e complicações decorrentes de sua não realização.

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

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca;
- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir ou espirrar;
- Manter o ambiente ventilado;
- No caso de piora dos sintomas, entrar em contato com o profissional

através do telefone: _____

Declaro ainda, que me responsabilizo a permanecer em isolamento domiciliar e afastado de minhas atividades profissionais pelo prazo de 23/07/2020 a 01/08/2020.

Ferreira

Assinatura do responsabilizado



Assinatura do profissional responsável

DR. ESPÍRITA
LAR MARCOS