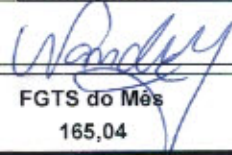


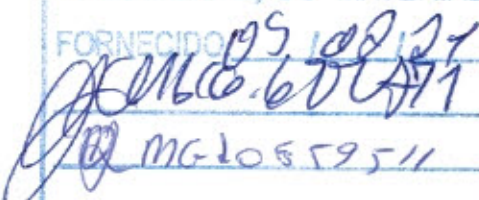
INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 107839 - WANDERLEY SOARES DO NASCIMENTO			Período: 01/2021		
Cargo: 0125 - EDUCADOR SOCIAL (A) II		Matricula: 0000011978	CTPS: 0076195 / 00076		
Depto.: 000042 - ABRIGO BELA VISTA		Admissão: 01/06/2019	CPF: 580.893.496-68		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	2.063,00			
0510 - Arredondamento		0,66			
0094 - Vale Transporte	30,00		61,89		
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,60		
0520 - Desconto INSS	9,00		169,17		
		Total:	2.063,66	Total: 231,66	
TC-008/2017		Valor Líquido	1.832,00		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>05/02/21</u> Assinatura: 					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.063,00	2.063,00	2.063,00	165,04	1.893,83	

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI
 PRESTADO E/OU MATERIAL
 FORNECIDO em 05/02/21

 MG-10559511

 123
 INSTITUICAO ESPIRITA
 LAR DE MARCOS

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 107839 - WANDERLEY SOARES DO NASCIMENTO
 Cargo : 0125 - EDUCADOR SOCIAL (A) II
 Data Admissão : 01/06/2019 Matrícula : 0000011978
 Horário : 08:00 12:00 13:00 17:00
 Período : 01/01/2021 a 31/01/2021
 Departamento : 000042 ABRIGO BELA VISTA
 Centro de Custo : 000042 - ABRIGO BELA VISTA

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

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Feriado					
02 - Sábado					
03 - Domingo					
04 - Segunda-Feira	7:59	12:00	13:00	17:00	Wanderley
05 - Terça-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
06 - Quarta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
07 - Quinta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
08 - Sexta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
09 - Sábado					
10 - Domingo					
11 - Segunda-Feira					
12 - Terça-Feira					
13 - Quarta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
14 - Quinta-Feira	7:58	12:00	13:00	17:00	Wanderley
15 - Sexta-Feira	7:55	12:00	13:00	17:00	Wanderley
16 - Sábado					
17 - Domingo					
18 - Segunda-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
19 - Terça-Feira	7:55	12:00	13:00	17:00	Wanderley
20 - Quarta-Feira	7:59	12:00	13:00	17:00	Wanderley
21 - Quinta-Feira	7:58	12:00	13:00	17:00	Wanderley
22 - Sexta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
23 - Sábado					
24 - Domingo					
25 - Segunda-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
26 - Terça-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
27 - Quarta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
28 - Quinta-Feira	8:00	12:00	13:00	17:00	Wanderley
29 - Sexta-Feira	7:58	12:00	13:00	17:00	Wanderley
30 - Sábado					
31 - Domingo					

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

124
 INST. ESPIRITA
 LAR MARCOS

1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito 12/12/2021 17:24		3 Cartão SUS 70.500.4628083235		4 Naturalidade			
5 Nome do Falecido NILSON EUSTÁQUIO DO NASCIMENTO						Município / UF (se estrangeiro informar País)			
6 Nome do Pai						7 Nome da Mãe ANA JANUÁRIA DO NASCIMENTO			
8 Data de nascimento 16/10/81 9 47		9 Idade Anos completos: 39 Meses: 2 Dias: 15		10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada	
13 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo				14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado)		Código CBO 2002			
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) R. Manoel Alves Filho						16 CEP 35519-000			
17 Bairro/Distrito Romen Duarte		18 Município de residência Nova Serrana		19 UF MG					
20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena		21 Estabelecimento Hospital São José		22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Praça das Comunidades		23 CEP 35519-000		24 UF MG	
25 Bairro/Distrito Nova Serrana		26 Município de ocorrência Nova Serrana		27 UF MG					
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE									
27 Idade (anos)		28 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado)		Código CBO 2002			
30 Número de filhos tidos Nascidos vivos: <input type="checkbox"/> Perdidos fetais/abortos: <input type="checkbox"/>		31 Nº de semanas de gestação		32 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada		33 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado		34 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input checked="" type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	
35 Peso ao nascer (Gramas)		36 Número da Declaração de Nascimento Vivo							
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL									
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação		38 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		39 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		40 Diagnóstico confirmado por: <input type="checkbox"/> Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
41 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		42 CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a lesão registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		43 ANOTE-SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) OUTRAS FORMAS DE CHOQUE Devido ou como consequência de: b) PNEUMONIA BACTERIANA HOSPITALAR Devido ou como consequência de: c) SNECCÃO POR COVID 19 Devido ou como consequência de: d)		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID R57.8 J01.8 U07.1			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima:									
44 Nome do Médico LORENA DINIZ OLIVEIRA E XAVIER		45 CRM 83846		46 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outro		47 Município e UF do SVO ou IML NOVA SERRANA MG			
48 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 35519000		49 Data do atestado 10/01/2021		50 Assinatura Lorena Diniz Oliveira e Xavier		51 Nome do Médico Dra. Lorena Diniz Oliveira e Xavier		52 CRM MG 82846	
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)									
53 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros		54 Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		55 Fonte de informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra		56 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada			
57 Descrição sumária do evento									
58 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)									
59 Cartório		60 Município		61 Registro		62 Data		63 UF	