

INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 107941 - ROSEMARY DIAS SOUZA PEREIRA		Período: 01/2022			
Cargo: 0206 - CUIDADOR(A) II		Matrícula: 0000012066	CTPS: 3130032 / 00040		
Depto.: 000030 - SRT - SERV. DE R. TERAPEUTICA		Admissão: 01/02/2020	CPF: 993.887.156-91		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	1.371,00			
0112 - Adicional Noturno	120,00	345,24			
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	6,00	82,86			
0510 - Arredondamento		0,41			
0094 - Vale Transporte	1,00		41,13		
0511 - Arredondamento Mês Anterior			1,65		
0520 - Desconto INSS	9,00		143,73		
TC - 001/2020		Total: 1.799,51	Total: 186,51		
		Valor Líquido	1.613,00		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>04/02/22</u> Assinatura: <u>Rosemary Dias Souza Pereira</u>					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.427,00	1.799,10	1.799,10	143,92	1.276,19	

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 107941 - ROSEMARY DIAS SOUZA PEREIRA
 Cargo : 0206 - CUIDADOR(A) II
 Data Admissão : 01/02/2020 Matrícula : 0000012066
 Horário : 19:00 07:00
 Período : 01/01/2022 a 31/01/2022
 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
 Ressaca - 32113480
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Feriado					
02 - Domingo	18:45	00:00	01:00	07:00	Rosemary Dias Souza Pereira
03 - Segunda-Feira					
04 - Terça-Feira	18:48	00:00	01:00	07:05	Rosemary Dias Souza Pereira
05 - Quarta-Feira					
06 - Quinta-Feira	18:40	00:00	01:00	07:00	Rosemary Dias Souza Pereira
07 - Sexta-Feira					
08 - Sábado	18:45	00:00	01:00	07:02	Rosemary Dias Souza Pereira
09 - Domingo					
10 - Segunda-Feira	18:50	00:00	01:00	07:05	Rosemary Dias Souza Pereira
11 - Terça-Feira					
12 - Quarta-Feira	18:44	00:00	01:00	07:03	Rosemary Dias Souza Pereira
13 - Quinta-Feira					
14 - Sexta-Feira	18:45	00:00	01:00	07:01	Rosemary Dias Souza Pereira
15 - Sábado					
16 - Domingo	18:50	00:00	01:00	07:05	Rosemary Dias Souza Pereira
17 - Segunda-Feira					
18 - Terça-Feira					Atestado
19 - Quarta-Feira					
20 - Quinta-Feira	18:45	00:00	01:00	07:01	Rosemary Dias Souza Pereira
21 - Sexta-Feira					
22 - Sábado					Atestado
23 - Domingo					
24 - Segunda-Feira					Atestado
25 - Terça-Feira					
26 - Quarta-Feira					Atestado
27 - Quinta-Feira					
28 - Sexta-Feira					Atestado
29 - Sábado					
30 - Domingo	18:45	00:00	01:00	07:07	Rosemary Dias Souza Pereira
31 - Segunda-Feira					

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

Mês: 2

UBS - Antônio Caetano
Rua: Panamá - 210
Bairro: Laranjeiras - CEP. 32.676-456
Tel 3592-1711 / 3597-5853

 PREFEITURA DE BETIM	CNES: 2128176 ATESTADO	 SUS
---	----------------------------------	---

Atesto que o(a) Sr(a) Rosemary Dias Souza Pereira
 Portador da Carteira Profissional nº _____
 e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame médico admissional, demissional ou periódico para fins da legislação de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).

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

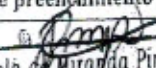
Necessita permanecer afastado do trabalho por 01 (um) dias, a partir de 18/01/22 por motivo de doença CID: _____ (a pedido do cliente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias)

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ dias, a partir de _____ / - / _____ conforme o disposto no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/1988. (Licença Maternidade).

OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE _____

DATA
18/01/22


 Dra. Paola de Miranda Pinna
 Médica
 CRM nº 90429
 - CONTROLE 6617956 -

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

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

Eu, Roemary das Souza Pereira, DN: 07 05 71

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

data de início de sintomas 20/01/22 telefone(s) 35326342 residente e domiciliado(a), a R. Independência 400 - Inverniz

Endereço completo (Rua, Nº, Complemento, Bairro)

Unidade Básica de referência Laranjeira

- 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 ATUALIZAÇÃO TÉCNICA AO PROTOCOLO DE INFECÇÃO HUMANA PELO SAES-COV-2 Nº 06/2020 - 20/07/2020 e NOTA TÉCNICA COVID-19 VIGENTE DA SMS BETIM, devido suspeita/confirmação de COVID-19, tendo ciência de seus benefícios, assim como das consequências complicações e riscos decorrentes de sua não realização.

Comprometo-me a desenvolver as orientações mencionadas abaixo, e assumo todas as consequências 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 e 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 09 nove dias, a partir de 21/01/22, conforme recomendação do médico e assina este atestado (considerar 10 dias a contar da data de início dos sintomas) - CID J11

(J11) J11: sind. gripal inespecífica; J34.2: 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 isolamento domiciliar por 14 dias a partir do início dos sintomas do paciente suspeito/confirmado - CID: Z20 contato com exposição à doença transmissível não especificada, ciente da responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas:

1. _____
2. José Agostaldo Pereira
3. _____
4. _____
5. _____

Assinatura da pessoa sintomática: Roemary das Souza Pereira

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

Unidade de atendimento: UPA Tereza

Patricia M. Souza
CRM-MG: 40659

Data: 22/01/22

Assinatura/carimbo do médico responsável