

**INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS**

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

**Demonstrativo de Pagamento**

| Func.: 108063 - CAROLAINÉ DOS SANTOS ARAUJO                                                              |                  | Periodo: 04/2021      |                       |                |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|------------|
| Cargo: 0255 - CUIDADOR (A) III                                                                           |                  | Matrícula: 0000012167 | CTPS: 2644261 / 00050 |                |            |
| Depto.: 000030 - SRT - SERV. DE R. TERAPEUTICA                                                           |                  | Admissão: 22/12/2020  | CPF: 700.611.166-88   |                |            |
| Verbas                                                                                                   | Referência       | Vencimentos           | Descontos             |                |            |
| 0001 - Salário Contratual                                                                                | 30,00            | 1.443,00              |                       |                |            |
| 0510 - Arredondamento                                                                                    |                  | 0,68                  |                       |                |            |
| 1004 - Pagamento de Plantões                                                                             | 1,00             | 145,20                |                       |                |            |
| 0094 - Vale Transporte                                                                                   |                  |                       | 43,29                 |                |            |
| 0511 - Arredondamento Mês Anterior                                                                       |                  |                       | 0,16                  |                |            |
| 0520 - Desconto INSS                                                                                     | 9,00             |                       | 126,43                |                |            |
| TC - 001/2020                                                                                            |                  | Total: 1.588,88       | Total: 169,88         |                |            |
|                                                                                                          |                  | Valor Líquido         | 1.419,00              |                |            |
| Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>06/05/21</u> Assinatura: <u>Carolaine dos Santos Araujo</u> |                  |                       |                       |                |            |
| Salário Base                                                                                             | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS        | FGTS do Mês           | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.443,00                                                                                                 | 1.588,20         | 1.588,20              | 127,05                | 1.461,77       |            |

Funcionário : 108063 - CAROLAINE DOS SANTOS ARAUJO  
 Cargo : 0255 - CUIDADOR (A) III  
 Data Admissão : 22/12/2020 Matrícula : 0000012167  
 Horário : 07:00 12:00 13:00 19:00  
 Período : 01/04/2021 a 30/04/2021  
 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 - Quinta-Feira  | atestado  |       |         |       | Funcionária afastada<br>para teste de COVID<br>conforme anexo. |
| 02 - Feriado       |           |       |         |       |                                                                |
| 03 - Sábado        | atestado  |       |         |       |                                                                |
| 04 - Domingo       |           |       |         |       |                                                                |
| 05 - Segunda-Feira | atestado  |       |         |       |                                                                |
| 06 - Terça-Feira   |           |       |         |       |                                                                |
| 07 - Quarta-Feira  | atestado  |       |         |       |                                                                |
| 08 - Quinta-Feira  |           |       |         |       |                                                                |
| 09 - Sexta-Feira   | atestado  |       |         |       |                                                                |
| 10 - Sábado        |           |       |         |       |                                                                |
| 11 - Domingo       | atestado  |       |         |       |                                                                |
| 12 - Segunda-Feira |           |       |         |       |                                                                |
| 13 - Terça-Feira   | atestado  |       |         |       |                                                                |
| 14 - Quarta-Feira  |           |       |         |       |                                                                |
| 15 - Quinta-Feira  | atestado  |       |         |       |                                                                |
| 16 - Sexta-Feira   |           |       |         |       |                                                                |
| 17 - Sábado        | atestado  |       |         |       |                                                                |
| 18 - Domingo       |           |       |         |       |                                                                |
| 19 - Segunda-Feira | 6:53      | 13:00 | 14:00   | 19:03 | Carlaíne dos Santos Araujo                                     |
| 20 - Terça-Feira   |           |       |         |       |                                                                |
| 21 - Feriado       | 6:55      | 13:00 | 14:00   | 19:04 | Carlaíne dos Santos Araujo                                     |
| 22 - Quinta-Feira  |           |       |         |       |                                                                |
| 23 - Sexta-Feira   | 6:52      | 13:00 | 14:00   | 19:05 | Carlaíne dos Santos Araujo                                     |
| 24 - Sábado        |           |       |         |       |                                                                |
| 25 - Domingo       | 6:57      | 13:00 | 14:00   | 19:06 | Carlaíne dos Santos Araujo                                     |
| 26 - Segunda-Feira |           |       |         |       |                                                                |
| 27 - Terça-Feira   | 6:52      | 13:00 | 14:00   | 19:02 | Carlaíne dos Santos Araujo                                     |
| 28 - Quarta-Feira  |           |       |         |       |                                                                |
| 29 - Quinta-Feira  | 6:58      | 13:00 | 14:00   | 19:08 | Carlaíne dos Santos Araujo                                     |
| 30 - Sexta-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



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

Eu, Carolina me dos Santos Araujo, DN: 20/05/97

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

data de início de sintomas 29/03/21 telefone(s) 99.5436019 residente e domiciliado(a), a Rua Iphigênia, nº 224 Anápolis

Endereço completo (Rua, Nº, Complemento, Bairro)

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

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 e complicações e riscos decorrentes de sua não realização.

Comprometo-me a desenvolver as orientações mencionadas abaixo, e assumo todas as consequências e 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 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 por 07 (dias) dias, a partir de 01/04/21, conforme recomendação do médico que assina este atestado (considerar 10 dias a contar da data de início dos sintomas) - CID J11

(CID J11: sind. gripal inespecífica; B34.2: Inf. coronavírus 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 de isolamento domiciliar por 14 dias a partir do início dos sintomas do paciente suspeito/confirmado - CID **Z20.9: contato com exposição à doença transmissível não especificada**, ciente da responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas:

- Eduardo Henrique Pereira
- Ipniel Eduardo Santos Pereira
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa sintomática: Carolina dos Santos Araujo

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

Unidade de atendimento: Guaranhara

UPA GUARANHARA  
Nilda Moreira A. Andrade  
R. Jovelino Gregório Silva 225,  
BETIM - MG - UNES: 2126419  
Tel.: 3592-2345 / 3592-2930

[Assinatura]  
Dra. Cynthia Correia Lima  
CPF nº 79158  
Assinatura/carimbo do médico responsável

Data: 01/04/21

PREENCHER EM 2 VIAS (1 via prontuário / 1 via paciente)



PREFEITURA  
DE BETIM

### ATESTADO

UPA GUANABARA  
Nilda Moreira A. Andrade  
R. Jovelino Gregório Silva 225,  
Bairro MG: EN: 31254-15  
Tel: 3592-2345 / 3592-2930

Atesto que o(a) Sr(a) Caroline dos Santos Araújo  
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 06 (seis) dias, a partir de 12/04/21 por motivo de doença CID: B34.2 (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

UPA Guanabara

Dr. Eric Otávio O. Brito da Silva

CRM MG 76563

CONTROLE 7462522

DATA

12/04/2021

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL



**DROGA CLARA****CORONA VIRUS  
(SARS-CoV-2) AG  
ANTÍGENO****LAUDO TESTE RÁPIDO COVID-19**

|                                      |                                       |                               |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| PACIENTE: CAROLANE DOS SANTOS ARAUJO |                                       | CPF: 700611166-88             |
| DATA: 10/04/2021                     | LOTE DO TESTE: 21/1648<br>VIDA BIOTEC | VALIDADE DO TESTE: 01/06/2021 |

**CORONA VIRUS (SARS-CoV-2) AG, ANTÍGENO**Data da Coleta: 10/04/2021  
Material: Swab Nasofaringe

Método: Imunocromatográfico

**ANTÍGENO: REAGENTE****OBSERVAÇÕES:**

- A presença desses antígenos não deve ser critério único para diagnóstico da infecção de COVID-19. Resultados reagentes devem ser considerados de acordo com histórico clínico e outros achados médicos.
- Os resultados não reagentes dos testes não se destinam a excluir outras infecções por COVID-19.
- Os resultados reagentes dos testes não descartam co-infecção com outros patógenos.
- Um resultado não reagente pode ocorrer se a quantidade de antígenos contra o COVID-19 presente na amostra estiver abaixo do limite de detecção do teste ou se a amostra for coletada incorretamente.
- Se os sintomas persistirem, por mais que o resultado do teste seja não reagente, recomenda-se realizar um novo teste após poucas semanas ou usar uma metodologia laboratorial alternativa.
- Em casos de resultados positivos para presença de antígenos (Ag), deve-se orientar o cliente a procurar imediatamente uma unidade de saúde ou entrar em contato com ministério da saúde para maiores orientações no telefone 136 ou pelo site <https://www.saude.gov.br/component/tags/tag/disque-saude-136>. Seguindo as regras básicas de biossegurança para não propagação do vírus.

Fernando Sucupira Borges  
Farmacêutico  
CRF-MG - 37019

Farmacêutico (a) Responsável

Drogaria Wanessa Filial - CNPJ: 14.169.897/0003-58  
(031)3270-0500[www.drogaclara.com.br](http://www.drogaclara.com.br)