

**INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS**

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

**Demonstrativo de Pagamento**

<b>Func.:</b> 107932 - ELIZABETH NUNES MAGALHAES SOUSA		<b>Periodo:</b> 07/2021			
<b>Cargo:</b> 0255 - CUIDADOR (A) III		<b>Matricula:</b> 0000012057	<b>CTPS:</b> 1151360 / 00040		
<b>Depto.:</b> 000030 - SRT - SERV. DE R. TERAPEUTICA		<b>Admissão:</b> 01/02/2020	<b>CPF:</b> 892.283.596-68		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	1.443,00			
0510 - Arredondamento		0,79			
0094 - Vale Transporte	1,00		43,29		
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,13		
0520 - Desconto INSS	9,00		113,37		
TC - 001/2020		<b>Total:</b> 1.443,79	<b>Total:</b> 156,79		
		<b>Valor Líquido</b>	<b>1.287,00</b>		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>06/08/21</u> Assinatura: <u>Elizabeth Nunes</u>					
<b>Salário Base</b>	<b>Sal. Contr. INSS</b>	<b>Base Cál. FGTS</b>	<b>FGTS do Mês</b>	<b>Base Cál. IRRF</b>	<b>Faixa IRRF</b>
1.443,00	1.443,00	1.443,00	115,44	1.329,63	

240  
INST. ESPIRITA  
LAR MARCOS

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

Funcionário : 107932 - ELIZABETH NUNES MAGALHAES SOUSA  
 Cargo : 0255 - CUIDADOR (A) III  
 Data Admissão : 01/02/2020 Matrícula : 0000012057  
 Horário : 07:00 12:00 13:00 19:00  
 Período : 01/07/2021 a 31/07/2021  
 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  
 Ressaia - 32113450  
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Quinta-Feira					
02 - Sexta-Feira					ATESTADO
03 - Sábado					
04 - Domingo					ATESTADO
05 - Segunda-Feira					
06 - Terça-Feira	06:50	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
07 - Quarta-Feira					
08 - Quinta-Feira	06:52	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
09 - Sexta-Feira					
10 - Sábado	06:55	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
11 - Domingo					
12 - Segunda-Feira	06:50	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
13 - Terça-Feira					
14 - Quarta-Feira	06:50	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
15 - Quinta-Feira					
16 - Sexta-Feira	06:52	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
17 - Sábado					
18 - Domingo	06:50	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
19 - Segunda-Feira					
20 - Terça-Feira	06:52	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
21 - Quarta-Feira					
22 - Quinta-Feira					Atestado
23 - Sexta-Feira					
24 - Sábado	06:52	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
25 - Domingo					
26 - Segunda-Feira	06:50	12:00	13:00	19:00	Elizabeth Nunes
27 - Terça-Feira					
28 - Quarta-Feira					Atestado
29 - Quinta-Feira					
30 - Sexta-Feira					Atestado
31 - Sábado					

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

241  
 INSTIT. ESPIRITA  
 LAR MARCOS



## ATESTADO PARA ABONO DE FALTA(S) AO TRABALHO

### FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DESTE ATESTADO:

Este atestado visa atender o que determina o Artigo 75 do Decreto No 3.048/99, que Aprova o Regulamento da Previdência Social, podendo ser emitido somente por médico (conforme estabelecem a Lei N° 605/49 e a Resolução CFM N° 1.851/08) ou cirurgião-dentista (conforme estabelecem a Lei N° 5.081/66 e a Resolução CFO N° 87/09), bem como as leis similares dos regimes estatutários dos servidores públicos e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias. Quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos o paciente deverá ser encaminhado à instituição da previdência social a que estiver filiado.

Unidade de Saúde: C.S. ITAIPU - JATOBA

Atesto que ELIZABETH NUNES MAGALHAES, CNS nº 709807086927695 e Carteira de Identidade nº 1570052, necessita permanecer afastado(a) do trabalho por 5 (cinco dias), a partir de 30/06/2021 por motivo de doença, conforme por mim registrado em seu prontuário.

Belo Horizonte, 30 de junho de 2021



Dr(a) GABRIELA ASSUNCAO LIMA  
CRM-MG: 41144 / CNS: 980016276751311

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo o(a) Dr(a) GABRIELA ASSUNCAO LIMA a registrar o diagnóstico por extenso e/ou codificado pelo CID-10 neste atestado para abono de falta(s) ao trabalho.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data de atendimento: 30/06/2021

Data de impressão: 30/06/2021 - 16:17

Impresso por:

Paciente....: 2692524 - ELIZABETH NUNES MAGALHAES SOUSA  
Nome Social.  
Idade.....: 60 Anos, 8 Meses e 23 Dias  
Localização.: INSTITUTO DE OLHOS  
Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Prontuário: 00788826  
Nascimento: 29/10/1960  
Admissão..: 22/07/2021  
Clínica...: OFTALMOLOGIA

**ATESTADO DE COMPARECIMENTO**

O(A) Sr.(a) ACIMA compareceu a este serviço das às horas para:

- Consulta  
 Acompanhar familiar  
 Fazer exame de laboratório  
 Entregar / realizar exame de laboratório  
 Fazer radiografia  
 Retirar radiologia  
 Marcar radiologia / consulta / exame  
 Fisioterapia
- Hora marcada.:

podendo retornar ao trabalho.

**ATESTADO DE AFASTAMENTO**

CID:Z010

ACOMPANHANTE DE

Deverá ter justificado (s)01 dias, UM\_dia(as). Limite máximo de 15 (quinze) dias).

2) Ficará afastado do trabalho por prazo superior a 15 (quinze) dias, aproximadamente dias, devendo ser providenciado laudo parcial para INPS. (Enviar relatório ao médico perito).

3) Ficou internado do dia ao dia . O seu período total de afastamento deverá ser de dias, a partir de . Em caso de afastamento ultrapassarar 15 dias, deverá ser providenciado laudo pericial para o INPS.

4)É acidente de trabalho. Necessita ser afastado. NÃO SIM, do dia ao dia . Preencher as guias de acidente. Na falta destas, enviar relatório.

**AO FUNCIONARIO - IMPORTANTE**

1)Tendo hora marcada você poupará tempo.

2)Para que esta comunicação tenha valor, faça-a chegar ao Departamento Pessoal, dentro de 72 (setenta e duas) horas, no máximo.

Belo Horizonte 22 de 07 de 21



Carimbo e assinatura do informante: \_\_\_\_\_

Paciente....: 2695976 - ELIZABETH NUNES MAGALHAES SOUSA  
Nome Social.  
Idade.....: 60 Anos, 8 Meses e 29 Dias  
Localização.: INSTITUTO DE OLHOS  
Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Prontuário: 00788826  
Nascimento: 29/10/1960  
Admissão...: 28/07/2021  
Clínica...: OFTALMOLOGIA

**ATESTADO DE COMPARECIMENTO**

O(A) Sr.(a) compareceu a este serviço das às horas para

- Consulta
- Acompanhar familiar
- Fazer exame de laboratório
- Entregar / realizar exame de laboratório
- Fazer radiografia
- Retirar radiologia
- Marcar radiologia / consulta / exame
- Fisioterapia

Hora marcada..

podendo retornar ao trabalho.

**ATESTADO DE AFASTAMENTO**

CID:Z54.0

ACOMPANHANTE DE

Deverá ter justificado (s) 14 dias, QUATORZE - CONTANDO A PARTIR DE HOJE\_dia(as). Limite máximo de 15 (quinze) dias).

2) Ficará afastado do trabalho por prazo superior a 15 (quinze) dias, aproximadamente dias, devendo ser providenciado laudo parcial para INPS. (Enviar relatório ao médico perito).

3) Ficou internado do dia ao dia . O seu período total de afastamento deverá ser de dias, a partir de . Em caso de afastamento ultrapassar 15 dias, deverá ser providenciado laudo pericial para o INPS.

4) É acidente de trabalho. Necessita ser afastado.  NÃO  SIM, do dia ao dia . Preencher as guias de acidente. Na falta destas, enviar relatório.

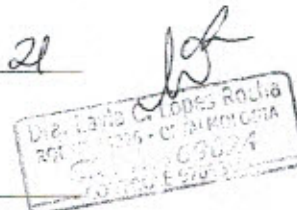
**AO FUNCIONÁRIO - IMPORTANTE**

1) Tendo hora marcada você poupará tempo.

2) Para que esta comunicação tenha valor, faça-a chegar ao Departamento Pessoal, dentro de 72 (setenta e duas) horas, no máximo.

Belo Horizonte 28 de 07 de 21

Carimbo e assinatura do informante: \_\_\_\_\_



INST. ESPÍRITA  
LAR MARCOS