

INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

Demonstrativo de Pagamento

Func.: 108161 - NATALIA MARTINS SANTOS		Período: 02/2022	
Cargo: 0252 - AUX. EDUCADOR REFERENCIA		Matricula: 0000012231	CTPS: 6176918 / 00040
Depto.: 000050 - SERV. DE INST.E AC. DE CRIANCA		Admissão: 01/01/2022	CPF: 054.496.806-94
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos
0001 - Salário Contratual	30,00	1.630,00	
0112 - Adicional Noturno	72,00	251,49	
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	4,00	41,92	
0510 - Arredondamento		0,25	
0511 - Arredondamento Mês Anterior			0,74
0520 - Desconto INSS	9,00		154,92
		Total: 1.923,66	Total: 155,66
TC- 006/2021		Valor Líquido 1.768,00	
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>04/03/22</u>		Assinatura: <u>Natalia Martins Santos</u>	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
1.630,00	1.923,41	1.923,41	153,87
			Base Cál. IRRF
			1.768,49
			Faixa IRRF

ATESTADO QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO E/OU MATERIAL FORNECIDO.
 04/03/22
 [Assinatura]
 [Assinatura]
 17.359.415/0001-59

[Assinatura]
INST. ESPIRITA LAR MARCOS

FOLHA INDIVIDUAL DE PONTO

PORTARIA 3.626/91

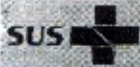
Funcionário : 108161 - NATALIA MARTINS SANTOS
 Cargo : 0252 - AUX. EDUCADOR REFERENCIA
 Data Admissão : 01/01/2022 Matrícula : 0000012231
 Horário : 20:00 00:00 01:00 08:00
 Período : 01/02/2022 a 28/02/2022
 Departamento : 000050 SERV. DE INST. E AC. DE CRIANCA
 Centro de Custo : 000050 - SERV. DE INST. E ACOL. DE CRIANCAS

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 - Terça-Feira					
02 - Quarta-Feira					
03 - Quinta-Feira					
04 - Sexta-Feira					
05 - Sábado					
06 - Domingo					
07 - Segunda-Feira					
08 - Terça-Feira					
09 - Quarta-Feira	20:00				<i>assinatura</i>
10 - Quinta-Feira		01:00	02:00	08:00	<i>assinatura</i>
11 - Sexta-Feira	19:56				<i>assinatura</i>
12 - Sábado		01:00	02:00	08:01	<i>assinatura</i>
13 - Domingo	19:58				<i>assinatura</i>
14 - Segunda-Feira		02:00	03:00	08:02	<i>assinatura</i>
15 - Terça-Feira	19:57				<i>assinatura</i>
16 - Quarta-Feira		01:00	02:00	08:01	<i>assinatura</i>
17 - Quinta-Feira	19:56				<i>assinatura</i>
18 - Sexta-Feira		02:00	03:00	08:02	<i>assinatura</i>
19 - Sábado	19:57				<i>assinatura</i>
20 - Domingo		01:00	02:00	08:01	<i>assinatura</i>
21 - Segunda-Feira	19:56				<i>assinatura</i>
22 - Terça-Feira		01:40	02:40	08:02	<i>assinatura</i>
23 - Quarta-Feira	19:58				<i>assinatura</i>
24 - Quinta-Feira		01:00	02:00	08:01	<i>assinatura</i>
25 - Sexta-Feira					
26 - Sábado					
27 - Domingo	19:56				<i>assinatura</i>
28 - Segunda-Feira		01:00	02:00	08:02	

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

170
 INST. ESPIRITA
 LAR MARCOS



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

Eu, **NATALIA MARTINS SANTOS**, DN: **22/11/1982**

data de início dos sintomas **31/01/2022**, Telefones: **975087711**, residente e domiciliado(a), à rua **RUA TEREZINA**, bairro **SAC**

CAETANO, cep **32677514**, cidade **BETIM**, estado **MINAS GERAIS**.

Unidade Básica de referência **UBS IMBIRUCU**.

Grupo de risco: () não há fator de risco

- () HAS () menor que 05 anos () maior que 60 anos () População em situação de rua
- () IRC () pneumopatia () cardiopatia () Trabalhador de serviço de saúde
- () DM () imunossuprimido () gestante () Profissional de segurança 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 a 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 10 (~~DEB~~) dias, a partir de 30/01/22, 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)

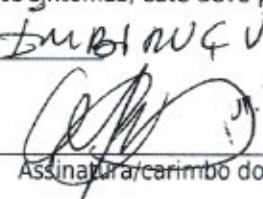
Declaro abaixo os nomes das pessoas que residem no mesmo endereço e que deverão cumprir a medida de isolamento domiciliar por 14 dias a partir do início dos sintomas do paciente suspeito/confirmado - **CID Z20.9: contato com exposição à doença transmissível não especificada**, ciente da responsabilização civil e criminal pela prestação de informações falsas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Assinatura da pessoa sintomática: _____

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

Unidade de atendimento: UBS IMBIRUCU





Walter Perez Vasquez
CRM 33677
 CONTROLE 73246

Data 01/02/22

Assinatura/carimbo do médico responsável

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



 <p>Prefeitura de BETIM QUALIDADE DE VIDA</p>	<p>UBS ANTONIO SABINO DE SOUZA (IMBIRUÇU) Av. Sanitária 1 Nº300 Jardim Bela Vista CEP: 32.677-518 97-3232 / 3597-2973</p>	 <p>SUS</p>
<p>Atesto que o(a) Sr(a) <u>WALTER MAAFRAZ SANO</u> CNS 2128141 Portador da Carteira Profissional nº _____ E Carteira de Identidade nº _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> 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 de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).</p> <p><input type="checkbox"/> Compareceu nesta data para consulta/exame, tendo permanecido nesta unidade no período de _____ às _____ horas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Necessita permanecer afastado do trabalho por <u>10 (DEZ)</u> dias, a partir de <u>30/11/22</u> por motivo de doença CID: <u>J11</u> (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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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).</p>		
<p>OBS: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.</p>		
<p>UNIDADE DE SAÚDE UBS IMBIRUÇU – Antônio Sabino de Souza</p>		
<p>DATA <u>01/02/2022</u></p>	<p style="text-align: center;">  Dr. Walter Pereira de Souza CRM 33677 CONTROLE 33677 ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL </p>	


INST. ESPÍRITA
LAR MARCOS

Paciente: NATALIA MARTINS SANTOS

Sexo: Feminino

Data Nasc. : 22/11/1982

Unidade Básica de Origem: UBS ANTONIO SABINO DE SOUZA (IMBIRUCU)

Unidade Requisitante: UBS ANTONIO SABINO DE SOUZA (IMBIRUCU)

Profissional Requisitante: Walter Perez Vasques

Registro profissional: 33672

COVID-19 - TESTE RÁPIDO ANTIGENO (SARS-COV-2)

Material: Swab Nasofaríngeo

Metodologia: Imunocromatográfico

Data coleta: 01/02/2022

Dados do Teste:

Fabricante: IBPM

Lote: 2105622089

Validade: 01/02/2022

Dados do Paciente:

Data de início dos sintomas: 31/01/2022

Município de Residência: BETIM

Resultado: NÃO REAGENTE

Valor de Referência: Não Reagente

Nota Técnica:

1. Os testes rápidos são imunoenaios que detectam a presença de um antígeno do SARS-CoV-2, o que implica infecção viral atual.
2. O período ideal para a realização do teste é entre o 3º e 7º dias de sintomas.
3. O resultado do teste rápido de antígeno em pessoas com síndrome gripal (SG), suspeitas de COVID-19, quando reagente (positivo), deve ser considerado como caso confirmado para COVID-19. Para os casos sintomáticos em que o resultado do TR AG for não reagente, deve-se encaminhar o usuário para coleta de RT-PCR no CEREST para descartar a infecção por SARS-CoV-2 .

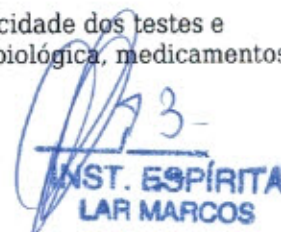
Resultado liberado por: CLAUDIA MARA VIEITAS DA SILVA
CRO / COREN: 63398

Liberação: 01/02/2022



Handwritten signature of Claudia Mara Vieitas da Silva, with text: Claudia Mara Vieitas da Silva, Enfermeira, COREN-MG-63398

•Os valores preditivos dos exames laboratoriais são influenciados pela sensibilidade e especificidade dos testes e prevalência da doença. Os resultados sofrem interferência de diversos fatores, tais como: variação biológica, medicamentos e comorbidades. A conclusão diagnóstica é um ato médico.



Handwritten signature and stamp: 3- INST. ESPÍRITA LAR MARCOS

Nome do paciente:	NATALIA MARTINS SANTOS	Nº Pront.:	0000538876	Nº Atend.:	38625222
Data de Nascimento:	22/11/1982 Idade: 39 Anos 3 Meses 3 Dias	Convênio:	UNIMED BH		
Nome da mãe:	RITA MONICA MARTINS DOS SANTOS	Setor:	PRONTO SOCORRO	Leito:	
Profissional:	DALTON CAIRES PEREIRA PESSOA	Data Assinatura:	25/02/2022 05:56:02		

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o (a) Sr. (a) NATALIA MARTINS SANTOS necessita permanecer afastado por 02 (dois) dias a partir de 25/02/2022 por razões médicas. CID N23.

(Este atestado é válido para as finalidades previstas nos artigos 71 e 72, parágrafo 1º do Decreto 3048/99, e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Eu, NATALIA MARTINS SANTOS, RG , autorizo a inclusão do CID no atestado médico.

NATALIA MARTINS SANTOS


Assinatura e Carimbo




INST. ESPÍRITA
LAR MARCOS