

**INSTITUICAO ESPIRITA LAR DE MARCOS**

17.359.415/0001-59

Rua Carlos Pinheiro Chagas, 170 - Bairro Ressaca - Contagem

**Demonstrativo de Pagamento**

<b>Func.:</b> 108161 - NATALIA MARTINS SANTOS		<b>Periodo:</b> 01/2022			
<b>Cargo:</b> 0252 - AUX. EDUCADOR REFERENCIA		<b>Matrícula:</b> 0000012231	<b>CTPS:</b> 6176918 / 00040		
<b>Depto.:</b> 000050 - SERV. DE INST.E AC. DE CRIANCA		<b>Admissão:</b> 01/01/2022	<b>CPF:</b> 054.496.806-94		
Verbas	Referência	Vencimentos	Descontos		
0001 - Salário Contratual	30,00	1.630,00			
0112 - Adicional Noturno	128,00	345,24			
0507 - Descanso Remunerado s/ Adicional Noturno	6,00	82,86			
0510 - Arredondamento		0,74			
1002 - Reembolso deslocamento		298,20			
0520 - Desconto INSS	9,00		167,04		
TC- 006/2021		<b>Total:</b> 2.357,04	<b>Total:</b> 167,04		
		<b>Valor Líquido</b>	<b>2.190,00</b>		
Recebi o valor líquido, acima descrito em <u>04/02/22</u> Assinatura: <u>Natalia Martins Santos</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>
1.630,00	2.058,10	2.058,10	164,64	1.891,06	

ATESTO QUE O SERVIÇO FOI  
PRESTADO E/OU MATERIAL  
FORNECIDO. 04/02/22  
Natalia Martins Santos  
RG MG 1055954

94  
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 : 01/01/2022 a 31/01/2022  
 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 ESPIRITANAR DE MARCOS  
 Rua Carlos Pinheiro Chagas 170  
 Ressaca - 32113460  
 Contagem - MG

DIA	INTERVALO				ASSINATURA
	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	
01 - Feriado		01:00	02:00	08:00	
02 - Domingo	19:00				<i>[assinatura]</i>
03 - Segunda-Feira		01:00	02:00	08:01	<i>[assinatura]</i>
04 - Terça-Feira	19:56				<i>[assinatura]</i>
05 - Quarta-Feira		01:40	02:40	08:02	<i>[assinatura]</i>
06 - Quinta-Feira	19:59				<i>[assinatura]</i>
07 - Sexta-Feira		01:30	02:30	08:00	<i>[assinatura]</i>
08 - Sábado	19:58				<i>[assinatura]</i>
09 - Domingo		01:40	02:40	08:01	<i>[assinatura]</i>
10 - Segunda-Feira	19:56				<i>[assinatura]</i>
11 - Terça-Feira		01:40	02:40	08:03	<i>[assinatura]</i>
12 - Quarta-Feira	19:59				<i>[assinatura]</i>
13 - Quinta-Feira		01:30	02:30	08:01	<i>[assinatura]</i>
14 - Sexta-Feira	19:56				<i>[assinatura]</i>
15 - Sábado		01:40	02:40	08:02	<i>[assinatura]</i>
16 - Domingo	19:58				<i>[assinatura]</i>
17 - Segunda-Feira		01:00	02:00	08:00	<i>[assinatura]</i>
18 - Terça-Feira	19:56				<i>[assinatura]</i>
19 - Quarta-Feira		01:40	02:40	08:01	<i>[assinatura]</i>
20 - Quinta-Feira	19:59				<i>[assinatura]</i>
21 - Sexta-Feira		01:00	02:00	08:00	<i>[assinatura]</i>
22 - Sábado	19:56				<i>[assinatura]</i>
23 - Domingo		01:30	02:30	08:03	<i>[assinatura]</i>
24 - Segunda-Feira	19:58				<i>[assinatura]</i>
25 - Terça-Feira		01:00	02:00	08:00	<i>[assinatura]</i>
26 - Quarta-Feira	19:58				<i>[assinatura]</i>
27 - Quinta-Feira		02:00	03:00	08:01	<i>[assinatura]</i>
28 - Sexta-Feira	19:56				<i>[assinatura]</i>
29 - Sábado		01:00	02:00	08:00	<i>[assinatura]</i>
30 - Domingo	Ateolado				
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

*[assinatura]*  
 INST. ESPIRITANAR DE 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 **SA**

**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 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** dias, a partir de **30/01/22**, conforme recomendação do médico que assina este atestado (considerar 10 dias a contar

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:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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 10246

Data **01/02/22**

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

Nota Técnica COVID-19 4ª. Atualização (retificação) - Secretaria Municipal de Saúde de Betim - SUS / Prefeitura de Betim

DR. ESPIRITA  
CAR MARCOS

UBS ANTONIO SABINO DE



SOUZA (IMBIRUÇU)  
Av. Sanitária 1 Nº300  
Jardim **ATESTADO** 32.677-518  
97-3232 / 3597-2973



Atesto que o(a) Sr(a) WALTER MARCOS SANO CNS 2126141  
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 de segurança e saúde do trabalhador, vide portaria nº24 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 10 (DEZ) dias, a partir de 30/1/22 por motivo de doença CID: J11 (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 **UBS IMBIRUÇU - Antônio Sabino de Souza**

DATA

01/02/2022

  
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  
Dr. Walter Pereira de Souza  
CRM 33677  
CONTRATO

  
MST. 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

CLAUDIA MARA VIEITAS DA SILVA  
Enfermeira  
COREN-MG-63398

Liberação: 01/02/2022

•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.

98  
INSTIT. ESPÍRITA  
LAR MARCOS