

Processo nr.

Estipulante: **SINSERPU -SINDICATO DOS SERVIDORES DA ADM PUB JUIZ DE FORA**

Segurado **ADILSON DA SILVA LEMOS**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	INVALIDEZ POR ACIDENTI	05/12/2012	22/04/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

COPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERTCON;
COPIA SIMPLES DO RG COM CPF DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 12/2012;
COPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR;
COPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO SEGURADO INFORMANDO QUE NÃO POSSUI RAIOS X;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE ATENDIMENTO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FICHA OPERATORIA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FOLHA DE SALA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES FICHA DE ANESTESIA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO SUS FACIL MG DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA PRESCRIÇÃO MÉDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO PEDIDO DE CONSULTA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO DO SEGURADO DE 05/12/2012 À 30/06/2013;
COPIA SIMPLES DA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO CUPOM DE FARMÁCIA MANIPULADA R\$ 39,20 (CUPOM NÃO FISCAL).

PROTOCOLO



Apólice 0000019301036
ret. fixado 326

Protocolo de envio de documentos

- [] American Life Cia de Seguros
[] Nobre Seguradora do Brasil
[] Alfa Previdência e Vida

Processo nr.

Estipulante: **SINSERPU -SINDICATO DOS SERVIDORES DA ADM PUB JUIZ DE FORA**

Segurado **ADILSON DA SILVA LEMOS**

Sinistrado	Causa	Ocorrência	Dt. Aviso
PRÓPRIO SEGURADO	INVALIDEZ POR ACIDENTI	05/12/2012	22/04/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

COPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERTCON;
COPIA SIMPLES DO RG COM CPF DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 12/2012;
COPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR;
COPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO SEGURADO INFORMANDO QUE NÃO POSSUI RAIOS X;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE ATENDIMENTO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FICHA OPERATORIA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FOLHA DE SALA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES FICHA DE ANESTESIA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO SUS FÁCIL MG DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA PRESCRIÇÃO MÉDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO PEDIDO DE CONSULTA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO DO SEGURADO DE 05/12/2012 À
30/06/2013;
COPIA SIMPLES DA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO CUPOM DE FARMÁCIA MANIPULADA R\$ 39,20 (CUPOM NÃO FISCAL).

Ofício 054/2013
Juiz de Fora, 18 DE ABRIL DE 2013
A/C: Departamento de Sinistros
ROSI

REF SINSEPU
SEG.ADILSON DA SILVA LEMOS

Visando dar entrada no Sinistro de IPA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- RG E CPF
- ATENDIMENTO URGENCIA + PRONTUARIO
- SUMARIO DE ALTA
- DECLARAÇÃO EMPREGADOR 05/12/2012 ATE DATA ATUAL
- HOLERITE
- COMPROVANTE RESIDENCIA
- DECLARAÇÃO DE RX
- LAUDOS DE 05/12/2012 A 30/06/2013
- AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO
- DMH DE 39,20
-

ATENCIOSAMENTE

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Requiere Nave
Recebido
22.04.2013


VERTCON SEGUROS LTDA
JUIZ DE FORA

Ofício 054/2013
Juiz de Fora, 18 DE ABRIL DE 2013
A/C: Departamento de Sinistros
ROSI

REF SINERPU
SEG.ADILSON DA SILVA LEMOS

Visando dar entrada no Sinistro de IPA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- RG E CPF
- ATENDIMENTO URGENCIA + PRONTUARIO
- SUMARIO DE ALTA
- DECLARAÇÃO EMPREGADOR 05/12/2012 ATE DATA ATUAL
- HOLERITE
- COMPROVANTE RESIDENCIA
- DECLARAÇÃO DE RX
- LAUDOS DE 05/12/2012 A 30/06/2013
- AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO
- DMH DE 39,20
-

ATENCIOSAMENTE


VERTCON SEGUROS LTDA
JUIZ DE FORA

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Adilson da Silva Lemos
02-04-2013

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO		CNPJ
Proprietário/Titular: ADILSON DA SILVA LEMOS				
RG	Estado Civil	Sexo	MATRICULA / RE	CPF
Cônjuge				Data Nascimento
				Natural de
				Data Nascimento

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA:

05.12.12.

Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e consequências.

ESTAVA SERRANDO MADEIRA NA MAQUITA QUANDO MEU DEDO POLEGAR ESCALDO FOI ARRANCADO NA HORA.

RELATÓRIO DO MEDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.
05/12/12 19:26h	Acidente por machucado no polegar E

Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.

Sim; ausência de traumatismo

Em caso negativo quais foram as causas

Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?

nao

Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?

O Acidentado teve alta?
Em que data?

alta hospitalar que
07/12/12

Houve Invalidez? Total ou Parcial?
De qual Órgão ou Membros?

Total do polegar E

Qual o percentual de redução Funcional?

100%

Nome do Médico Assistente

Dr. Francisco A. de Oliveira

CRM

18132

Endereço do Médico

Av. Rio Branco 512

LOCAL / DATA

oficina 17.04.13

Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL

Data

Adilson Lemos

Assinatura do Acidentado

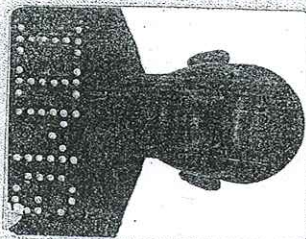
BESSA
COELHO

Recarregar Firma
sua e do médico

ESTADO DE MINAS GERAIS
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Adilson da Silva Lemos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL MG-8.421.028

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/2008

NOME
ADILSON DA SILVA LEMOS

FILIAÇÃO
JOSE MARIA LEMOS
MARIA BARBARA DA SILVA LEMOS

NATURALIDADE
JUIZ DE FORA-MG
DATA DE NASCIMENTO 12/3/1976

DOC. ORIGEM CAS. LV-B-07 FL-34VS
SANTA RITA DO IBITIPOCA-MG

CPF 024459776-65

PII-2203

NILMA S. REIS SANTOS
ASSINATURA DO DIRETOR

2.VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCOPIA

J.FORA

8 ABR. 2013

MG

EM TEST.

DA VERDADE

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL. R\$3,69 TFJ. R\$1,15 TOTAL R\$4,84

Andréia Crovato Antunes
ESCREVENTE AUTORIZADA
4.º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS



Selo de Fiscalização

AUTENTICAÇÃO
BYH 10033



56930

DATASUS HOSPITAL PRONTO SOCORRO DR MOZART GERALDO TEIXEIRA
DO BE: 689978 DATA: 05/12/2012 HORA: 19:26 USUARIO: SINARA
3: SETOR: 09 - P.A. TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME: ADILSON DA SILVA LEMOS
IDADE: 36 ANOS NAC: 12/03/1976 DOC: M68421028
DERECO: RUA SALIM MIGUEL CURI SEXO: MASCULINO
COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: SANTA EFIGENIA NUMERO: 37
MUNICIPIO: JUIZ DE FORA UF: MG CEP: 36050-020
NOME PAI/MAE: JOSE MARIA LEMOS / MARIA BARBARA DA SILVA LEMOS
SPONSOR: O PRÓPRIO CNS 709807042954794 TEL: 032 3234 1042
OCEDENCIA: RESIDENCIA
ENDIMENTO: CORTE
SO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

Pressão: [] [] mmHg PULSO: [] [] TEMP.: [] []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

SINAIS CLINICOS: Paciente sofreu acidente com MAKITA poleradeira, hemorragia

DIAGNOSTICO: Lesão traumática poleradeira

PRESCRIÇÃO: Curativo e plastico

IMPRESSO
CONFERE COM ORIGINAL

HORA DA SAIDA: 08 / 12 / 12
DECISAO MEDICA: [X] A PEDIDO [] A REVELIAÇÃO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
BITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

Assinatura do Paciente/Responsável: Barbara da Silva Lemos
Assinatura do Médico: Dr. Ronaldo Antônio de Oliveira



Hospital de Pronto Socorro
Dr. Mozart Geraldo Teixeira

PRONTUÁRIO:

CONTA:

PACIENTE:

ALA OU ENFERMARIA:

CONVÊNIO:

LEITO:

INTERNAÇÃO:

FICHA OPERATÓRIA

Data da Cirurgia: 06/12/12

Operador: Marcelo Ferreira

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Início da Cirurgia:

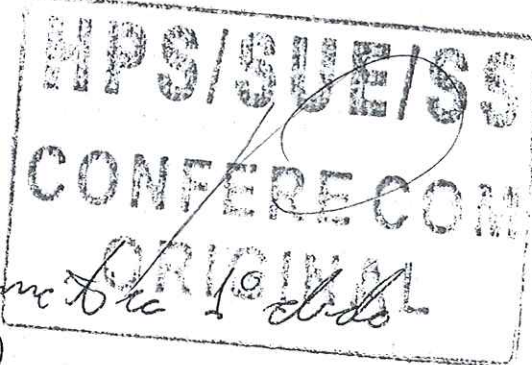
Fim da Cirurgia:

Anestesista:

Anestesia:

Anestésicos:

Instrumentador:



Diagnóstico Pré-Operatório:

Amputação traumática 1º dedo
de mão (E)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Piteiras intimes

Operação Realizada:

Acidentes:

- Anestesia intravenosa e campo

Posição Operatória:

- Imobilização de Xiforacina

Antissepsia:

- Regulação de soro e res.

Incisão:

Achado Cirúrgico:

- Descolamento e rearranjo
dos piteiras intimes.

- Sutura

- curativos



Hospital de Pronto Socorro
Dr. Mozart Geraldo Teixeira

36 anos

PRONTUÁRIO: 096930

CONTA:

PACIENTE: Adilson da Silva

ALA OU ENFERMARIA:

LEITO:

CONVÊNIO: SUS

INTERNAÇÃO:

366

Intalho V/V em

FOLHA DE SALA

CIRURGIA: dec 10 mas @

CIRURGIÃO: Marceio Tarrus

1º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Rodrigo

CIRCULANTE DE SALA: K. Laniama

DATA: 06-12-12 INÍCIO: 10:30 FIM: 12:30

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR(A):

TIPO DE ANESTESIA: local + sedação

ENFERMEIRA: Ricardo

CÓD.	DESCRIÇÃO	QUANT.
	Abaixador de língua	
	Abocath nº 20	01
	Abocath nº	
	Acetona	
	Adrenalina ampola	
	Água destilada 10 ml	01
	Água oxigenada	
	Agulha 13x4,5	01
	Agulha 25x7	
	Agulha 25x8	
	Agulha 40x12	03
	Agulha carpule	
	Agulha desc. p/ raque	
	Álcool iodado 70%	100 ml
	Alfinete	
	Algodão de Crânio	
	Algodão hidrófilo	
	Algodão ortopédico nº	
	Algodão ortopédico nº	
	Araminol	
	Ar comprimido	
	Atadura crepon nº 10	01
	Atadura crepon nº	
	Atadura gessada nº	
	Atadura gessada nº	
	Atropina	
	Azul de metileno	
	Bicarbonato de sódio	
	Bola de algodão	
	Cal sodada	
	Campo cirúrgico	
	Cânula traqueostomia nº	
	Cânula traqueostomia nº	
	Cedilhide	
	Chumaco pequeno	
	Chumaco grande	
	Clexar	
	Clips cirúrgicos	
	Cloreto de potássio 20%	
	Cloreto de sódio 20%	
	Coletor de urina	
	Cotonetes	
	Decadron	
	Dilacor	
	Dimorf	
	Dormonid	01
	Diprivan	
	Dreno de Penrose nº	
	Dreno de Penrose nº	
	Properidol	

CÓD.	DESCRIÇÃO	QUANT.
	Efortil	
	Eletrodos Descartáveis	05
	Enflurano	
	Equipo de PVC	
	Equipo injetor lateral dupl. via	01
	Equipo microfix	
	Equipo microgotas	
	Equipo p/soro	01
	Esmeron	
	Esparadrapo (cm)	60
	Etrane	
	Fenergan	
	Fentanil	
	Fita cardíaca	
	Fluimucil	
	Forane	
	Furacin	
	Garamicina	
	Gaze IV	40
	Gaze de mama	
	Gaze p/ curativo	
	Gelfoan	
	Glicose	
	Gluconato de cálcio 10%	
	Haemmacel	
	Halothano	
	Hidrocortisona	
	Hipaque	
	Hipoglos	
	Hisocel	
	Hypromidate	
	Intra-cath	
	Irurol	
	Lâmina de bisturi nº 23	01
	Lâmina de bisturi nº 15	01
	Lasix	
	Liquemine frasco	
	Liquemine subcutâneo	
	Luva nº 7,5	01
	Luva nº	01
	Luva de procedimento	02
	Marcaína 0,5% pesada	
	Marcaína 0,5% s/ adr.	
	Marcaína 0,75% s/ adr.	
	Metilcelulose	
	Micropore	
	Miostat	
	Mivacron	
	Naropin	
	Nebacetin	



FICHA DE ANESTESIA

Hospital de Pronto Socorro
Dr. Mozart Geraldo Teixeira

Data: 06/12/12

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Paciente: Adilson da Silva

Idade:

Sexo:

Leito:

366

Prontuário:

SEGURANÇA DO PACIENTE

☒ Paciente identificado e avaliado antes da indução

☐ Consentimento informado assinado

☒ Antibiótico Profilático: ☐ Sim ☐ Não Via _____ Horário _____

Qual?

Dose

☒ Equipamento de anestesia e acessórios checados

PRÉ INDUÇÃO

Medicação Pré-anestésica: ☐ Sim ☒ Não Horário: _____ / _____

Fármaco:

Via de Administração: ☐ VO ☐ IM ☐ IV ☐ Outros

Efeito Satisfatório: ☐ Sim ☐ Não

TRANSPORTE DO PACIENTE

Transporte com acompanhamento do anestesista: ☐ Sim ☐ Não

Ocorrência do Transporte: ☐ Antes da Cirurgia ☐ Depois da Cirurgia

Origem:

Destino:

Intercorrências: ☐ Sim ☒ Não

☐ Hemodinâmicas

☐ Respiratórias

☐ Neurológicas

☐ Outros

☐ Falha de Equipamento

Intervenção: ☐ Sim ☒ Não

DADOS VITAIS (antes da indução anestésica) E ANTROPOMÉTRICOS

PA	P	FR	T	SPO ₂	PESO	ALTURA	ASA	DOR
120/80	110			98%			I	

Via Aérea Difícil: ☐ Sim ☒ Não

Mallampati I - II - III - VI

adulto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Crianças 0 1 2 3 4 5

Pré-operatório:

Pós-operatório:

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA / PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO COM OU SEM INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Cirurgia Proposta:

Cirurgia Realizada:

Tipo de Cirurgia/Proced. Diag./interv.: ☐ Eletiva ☐ Urgência ☐ Emergência

Entrada na Sala Cirúrgica	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Saída da Sala de Cirurgia	Regime: ☐ Internação ☐ Ambulatorial
12:00	12:01	12:20	12:30	12:50		Destino: ☐ RA ☐ UTI ☐ Leito

Posição Operatória:

☐ Cefalodecive ☐ Cefaloactive ☐ Ginecológica ☐ DDH ☐ DVH ☐ DLD ☐ DLE ☐ Sentado ☐ Outros

Uso de Coxins: ☐ Sim ☒ Não Local:

TÉCNICA ANESTÉSICA

Acesso Venoso: ☐ Periférico ☐ Central Localização:

Descrição da técnica anestésica (Utilizar os campos conforme tipo de anestesia utilizada)

Dificuldade de punição: ☐ Sim ☒ Não

ANESTESIA GERAL Utilizada: ☐ SIM ☒ NÃO

Tipo:	Respiração:	Circuito:	Dispositivo para via aérea:
☐ Venosa ☐ Inalatória ☐ Mista	☒ Assistida ☐ Espontânea ☐ Manual ☐ Controlada ☐ Volume ☐ Pressão	☒ Circular com absorção de CO ₂ ☐ Sim ☐ Não	☐ Guedel N° _____ ☐ M. Laríngea N° _____ ☐ Máscara Facial
Ventilação Mecânica		Vaporização:	Técnicas:
VC: _____ FR: _____ PEEP: _____ P.INSPI: _____		☐ Sim ☒ Não	☐ Intubação Sonda N° _____ Tipo: ☐ Simples ☐ Aramado ☐ Endobrônquico ☐ Outros ☐ Laringoscopia direta ☐ Retrógrada ☐ Outros ☐ Broncofibroscópio ☐ Traqueostomia

SEDAÇÃO Utilizada: ☐ SIM ☒ NÃO

☐ Leve ☐ Moderada ☐ Profunda

Dispositivo para suplementação de Oxigênio:

☒ Catéter Nasal ☐ Guedel
☐ Máscara facial ☐ Outros

PLEXO BRAQUIAL Utilizada: ☐ SIM ☒ NÃO

☐ Interscalênico ☐ Axilar

Uso de neuroestimulador: ☐ Sim ☒ Não

BLOQUEIOS ESPINHAIS Utilizada: ☐ SIM ☒ NÃO

☐ Raquianestesia ☐ Peridural ☐ Duplo bloqueio Número de Tentativas _____

Posição:

☐ Sentado
☐ Decúbito lateral
☐ Decúbito ventral

Cateter:

☐ Sim ☐ Não

Opióide:

☐ Sim ☐ Não

Local de Punção: _____ N° _____ Nível Sensitivo _____

Agulha: ☐ Quincke ☐ Whitacre ☐ Tuohy
☐ Outros

OUTROS Utilizada: ☐ SIM ☒ NÃO

☐ Peribulbar ☐ Retrobulbar ☐ Femoral ☐ 3 em 1 ☐ Bier ☐ Pentabloqueio
☐ Ciático ☐ Intercostal ☐ Cervical ☒ Outros

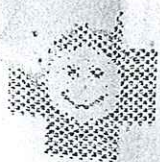
EQUIPE MÉDICA

Cirurgião: Marcelo Torres

1º Auxiliar:

Anestesiologista: Rodrigo M. F. L. S.

Anotações:



SUS
fácil MG

IMPRESSÃO DE AUTORIZAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
10/12/2012

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO

NÚMERO DA AIH: 3112113315311

PACIENTE: 709807042954794 - ADILSON DA SILVA LEMOS

NOME DA MÃE: MARIA BARBARA DA SILVA LEMOS

CPF:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: JUIZ DE FORA

CEP: 36050020

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

PROCEDIMENTO: 0408060042 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S981 - AMPUTACAO TRAUMATICA DE APENAS UM ARTEELHO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: NÃO INFORMADO

DATA/HORA INTERNAÇÃO: 06/12/2012 - 17:22

DATA/HORA AUTORIZAÇÃO: 06/12/2012 - 17:25

ESTABELECIMENTO SOLIC.: 2208156 - HPS DR MOZART GERALDO TEIXEIRA

PROFISSIONAL SOLIC.: 78979714653 - MARCELO TORRES DE SOUZA

ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2208156 - HPS DR MOZART GERALDO TEIXEIRA

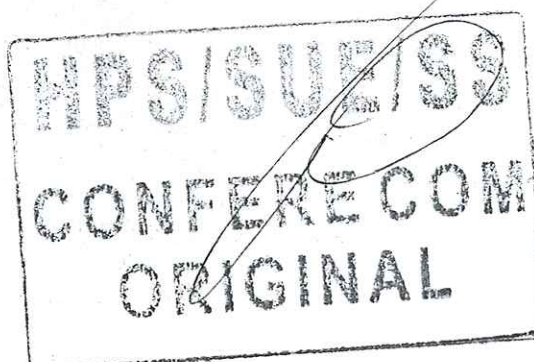
MUNICÍPIO SOLICITANTE: 313670 - JUIZ DE FORA

MUNICÍPIO EXECUTOR: 313670 - JUIZ DE FORA

AUTORIZADOR: LUCILA CARMEN CASSINO

CPF: 43224130644

REGISTRO NO CONSELHO: NÃO INFORMADO



66: 689978

2

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HPS
LPS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ailson Silva de Mes

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7109807042954394

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/03/76

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

Maia Barbosa de Silva de Mes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Selim Miguel Buri 37 Santa Epigenia
Guiz de Fora

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

3161015010210

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com impotência sexual
de longa data de 1º de de de mes
esquerda

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Retirada cirúrgica

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

157982608

046930

23:10

CR
L
M

50

VALUATION IDENTIFIERS:

[illegible]

NOV 6 1964
S/SUE/SS
CONFIDENTIAL



Hospital de Pronto Socorro
Dr. Mozart Geraldo Teixeira

PRONTUÁRIO:

CONTA:

PACIENTE:

ALA OU ENFERMARIA:

CONVÊNIO:

LEITO:

INTERNAÇÃO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

S = Subjetivo

O = Objetivo

HD = Hipótese Diagnóstica

C = Conduta

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

06/12/12

Paciente com amputação traumática
de 1º dedo mão (E)
Realizada regularização do dedo e
detalhe gástrico para fechamento
sem intercorrências

07/12/12

Paciente sem queixas
FO de boa aparência
Alta hospitalar

HPS/SUE/SS
CONFERE COM
ORIGINAL

Prescrição

6



Hospital de Pronto Socorro
Dr. Mozart Geraldo Teixeira

PRONTUÁRIO:

CONTA:

PACIENTE:

Adilson da Silva Gomes

ALA OU ENFERMARIA:

LEITO:

366

CONVÊNIO:

INTERNAÇÃO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

S = Subjetivo

O = Objetivo

HD = Hipótese Diagnóstica

C = Conduta

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
05/05/12		1 - Duka Croc - febre após 00:00hs
		2 - SG 5% - 1000ml Nelle 20% - 40ml } (EV) 8/8 0.05 14
		3 - Dypirone 5ml AD - 15ml } (EV) 6/6 0.05 06 12 18
ROR		4 - Tramadol 50mg SR - 100mg } (EV) 8/8 0.05 14
ROR		5 - Diazepam 5mg VO às 23:00h 0.05
		6 - Paracetamol 50mg AD - 15ml } (EV) 12/12 0.05 10
		7 - Sinais vitais

[Signature]
Dr. Mozart Geraldo Teixeira
CURTO PLÁSTICO
Nº 30340
CONTEÚDO 4807736

HPS/SUE/SS
CONFERE COM
ORIGINAL



Prescrição Médica

Nº REGISTRO

HORA

DATA

6, 12, 12

Dr. Igor Cezar da Silva Leitão
CRM 37584
CONTR. 5291582

OBSERVAÇÕES

3



Sistema
Único
de Saúde

Sistema Único de Saúde - Juiz de Fora
Prefeitura de Juiz de Fora

Prescrição Médica

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE

Adilson da Silva Soares

MÉDICO

Barbara T. Brown

HORA

666

DATA

06/12/12

CÓDIGO	PRESCRIÇÕES	DOSE	VIA	APRAZAMENTO	ANT. ENFERMAGEM
	1- Buta Lina				
	2- Sialp salinipido				
	3- Dipirona 2ml / 6h				
	AD - 10ml / 6h				
	4- Prometida 15mg VO 12/12h				
	5- Linco 100mg				

Dr. Manoel T. Costa
Cirurgião Plástico
CRM 35340
CONTR. 4907756

HP S/SUE/SS
CONFERE COM
ORIGINAL

OBSERVAÇÕES

8

Recebi às 19:42

Anexado às 19:50

9



Hospital de Pronto Socorro
Dr. Mozart Geraldo Teixeira

PRONTUÁRIO:

CONTA:

PACIENTE:

ALA OU ENFERMARIA:

LEITO:

CONVÊNIO:

INTERNAÇÃO:

PEDIDO DE CONSULTA (PARECER)

DA CLÍNICA:

TRAUMA

DATA:

05/12/12

HORA:

19:38

PARA CLÍNICA:

Plástica

☐

SOBREAVISO

☐

NOMINAL:

☒

URGENTE

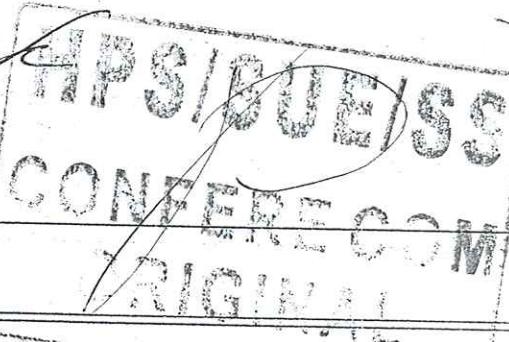
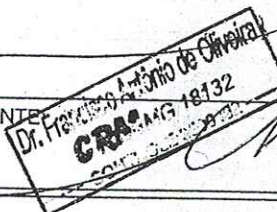
☐

ELETIVO

MOTIVO DA CONSULTA (SÍNTESE E DIAGNÓSTICO CLÍNICO)

Paciente apresenta amputação traumática por acidente por arma de fogo. Solicito avaliação e conduta.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE



RELATÓRIO DA CONSULTA (PARECER):

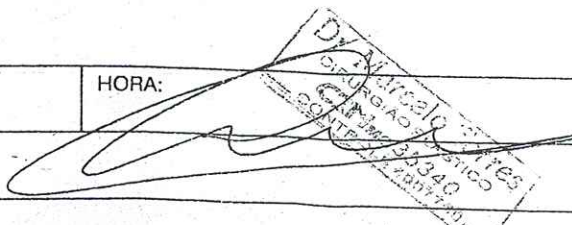
Apresento exame físico de ferimento de arma de fogo de 1º dedo da mão (E) com: intermédio
Presença
Apesar de contusão menor

DATA:

05/12/12

HORA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL:





Hospital de Pronto Socorro
Dr. Mozart Geraldo Teixeira

PRONTUÁRIO:

CONTA:

PACIENTE:

Adilson de Silva Frenos

IDADE:

ALA OU ENFERMARIA:

LEITO:

366

CONVÊNIO:

INTERNAÇÃO:

SUMÁRIO DE ALTA

1 - DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Amputação traumática do 1º dedo
da mão (E)

2 - DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

o mesmo

3 - CIRURGIA REALIZADA:

DATA DA CIRURGIA: 06/12/12

Fechamento do coto de amputação

4 - MEDICAÇÃO USADA NO PERÍODO DA INTERNAÇÃO:

Levomepromil

5 - EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS:

Raio X

6 - COMPLICAÇÕES DURANTE A INTERNAÇÃO:

nenhuma

HPS/SUE/SS
CONFERE COM
ORIGINAL

7 - MEDICAÇÃO PRESCRITA PARA SER USADA APÓS A ALTA:

Levomepromil

DATA DA INTERNAÇÃO:

05/12/12

DATA DA ALTA:

07/12/12

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL



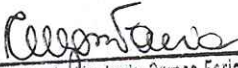
JUIZ DE FORA
PREFEITURA

DECLARAÇÃO

Declaramos que **ADILSON DA SILVA LEMOS**, é servidor deste Departamento Municipal de Limpeza Urbana - **DEMLURB**, admitido em 02/05/2002 na função de **AUXILIAR SERVIÇOS (ROTAS)**, o mesmo esta afastado desde o dia 05/12/2012, sendo que ainda não teve alta médica e que não retornou as suas atividade laborativas.

Por ser verdade, firmo o presente.

Juiz de Fora, 17 de abril de 2013.


Cristina Maria Machado Gomes Faria
Chefe de Divisão de Planejamento e Controle
DEMLURB

DEMLURB

Av. Francisco Valadares, 1.000 - Vila Ideal - CEP 36.020-420 - Tel: (32) 3690-3511
Juiz de Fora - MG

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE LIMPEZA URBANA

DEMLURB - Demlurb Ativos

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

ESPELHO DE CONTRACHEQUE - 12/2012

003003	ADILSON DA SILVA LEMOS		Função: AUXILIAR DE SERVICOS		D. IRRF: 2	D. SF: 2	FGTS: 0,00
001	SALARIO BASE	1	753,72	010	DESCONTO PARA FALTAS	5	125,62
073	PONTO FACULTATIVO	1	34,79	018	SINSERPU - SEGURO VERTCON	12/2012	23,14
224	MHE ANUAL 50%	76	390,56	060	FPSM - FD. PREV. SERV. MUNICIPAL	11	72,92
304	RESTIT. FPSM 13º SALARIO	0	63,82	137	SINSERPU	12/2012	7,54
700	HORA EXTRA 50%	76	390,56	145	GREMIO RECREATIVO I	12/2012	5,98
890	INSALUBRIDADE 40%		241,76	156	KIT LANCHE	0	3,00
				230	C.E.F - EMPRESTIMO	12/2012	169,41
				266	INDEN. INSAL. 13º SALARIO	0	48,35
				900	BMG - CARD	12/2012	66,12
Total de Vencimentos:		1.875,21	Total de Descontos:		522,08	Total Liquido:	1.353,13
Base Cálculo IRRF:		1.612,85	Base Cálculo Previdência:		662,89	Base Calculo FGTS:	0,00



Confira os dados contidos no recibo pois este é o único documento válido para comprovar o consumo de energia elétrica. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia do documento. Evite expor o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade e ao contato com óleos ou outros produtos químicos. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia do documento. Evite expor o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade e ao contato com óleos ou outros produtos químicos. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia do documento.

www.cemig.com.br/atendimento
Cemig Torpedo 29810
 Fale com a Cemig 116

322136.0087
 fonte - MG

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Av. Barbacena, 1.200

ADILSON DA SILVA LEMOS
 RUA SALIM MIGUEL CURY 37 CX 3
 IPIRANGA
 36032-440 JUIZ DE FORA, MG
 CPF 024.459.776-65

Referente a
MAR/2013
 Código de Débito Automático:
000052950821

Nº DO CLIENTE
7001255866

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U Nº 004615233 - PTA Nº16.000114527.70

Nº DA INSTALAÇÃO
3005295082

Classe	Subclasse	Datas de Leitura			Datas da Nota Fiscal	
Residência 1 Monofásico	Residência 1	ANTERIOR	ATUAL	PRÓXIMA	EMIÇÃO	APRESENTAÇÃO
		18/02	18/03	16/04	19/03	25/03

Informações Técnicas			Constante de Multiplicação	Consumo kWh
Tipo de Medição	Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	
Energia	ABE997011205	13.686	13.795	109

Informações Gerais
 Tarifa vigente conforme Res. Aneel nº 1.422, de 24/01/13
 Leitura realizada conf. calendário de faturamento
 O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
 Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes
 (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no
 vencimento das mesmas.

Valores Faturados			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	109	0,51421911	56,01
Encargos / Cobrança			
Contrib. Custeio Ilum. Pública			7,16
Tarifas aplicadas (sem impostos)			
Energia Elétrica kWh		0,33090000	

Indicadores de Qualidade de Fornecimento
 Juiz de Fora 4
 Mês: 01/2013

Apurado Mensal	Mensal	Trimestral	Anual
DIC 1,48	4,59	9,19	18,38
FIC 1,00	3,11	6,22	12,45
DMIC 1,48	2,52	-	-
DICR 0,00	12,22	-	-

Tensão: Nominal=220/127 V Mín.=201/116 V Máx.=231/133 V
 Valor Encargo Uso Sist. Distribuição: R\$28,16

Informações de Faturamento

Parcelas	Valor R\$	%	Parcelas	Valor R\$	%
Energia	11,75	20,98	Enc. Setoriais	3,27	5,84
Distribuição	19,46	34,74	Tributos	19,95	35,62
Transmissão	1,58	2,82	Total	56,01	100,00

Histórico do Consumo

Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/Dia	Dias de Faturamento
MAR/13	109	3,89	28
FEV/13	81	2,61	31
JAN/13	106	3,42	31
DEZ/12	109	3,89	28
NOV/12	113	3,42	33
OUT/12	95	3,17	30
SET/12	100	3,13	32
AGO/12	87	2,81	31
JUL/12	69	2,38	29
JUN/12	95	2,97	32
MAI/12	85	3,04	28
ABR/12	100	3,23	31
MAR/12	88	2,67	33

VENCIMENTO
22/04/2013

VALOR A PAGAR
R\$ 63,17

Reservado ao Fisco
CA99.3842.AAFB.BD3B.8397.DA78.0EAC.E6D8

Base de cálculo(R\$)	ICMS Aliquota(%)	Valor(R\$)	PASEP (R\$)	COFINS (R\$)
56,01	30	16,80	0,56	2,59

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE
EU ADILSON DA SILVA LEMOS NA ÉPOCA
DO MEU ACIDENTE, FIZ RX MAS APÓS 03
MESES O MESMO É DESCARTADO, COMO SE AGORA
FUI RETIRAR-LO NÃO CONSEGUI.

JULIO DE FERRA, 18 DE ABRIL 2013

x / *Adilson da Silva Lemos*



**PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA**

REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO MÉDICA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
SUBSECRETARIA DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO ORGANIZACIONAL

A3012

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME		MATRÍCULA	
Adilson da Silva Gomes		SECRETARIA	
ENDEREÇO		Demônio	
Rua Miguel Cruz 37 / 03		PRONTUÁRIO Nº	
Santa Efigênia		12279	
DATA DE NASCIMENTO		TELEFONE	
12/03/76		3234-1042	
CARGO		REGIME JURÍDICO	
Médico de Família		() CLT (X) ESTATUÁRIO	
VÍNCULO COM A PJF?		CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - QUANTOS?	
(X) SIM () NÃO		CARGO(S) EFETIVO(S) - QUANTOS? 01	

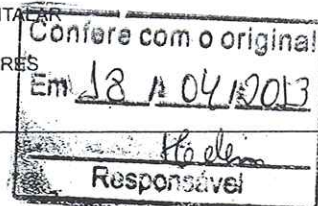
MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:

E APRESENTA:

- ☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE
☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA
☐ LICENÇA MATERNIDADE
☐ PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO
☐ READAPTAÇÃO

- ☐ ATESTADO MÉDICO
☐ SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
☐ EXAMES COMPLEMENTARES
☐ OUTROS



[Assinatura]
ASSINATURA DO SERVIDOR

14:44

LAUDO

SERVIDOR(A) RESPONSÁVEL

SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 05, 12, 12 A 02, 02, 13

TRATAMENTO DE PESSOAS DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____

ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NO PERÍODO DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____

MATERNIDADE NO PERÍODO DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____

1 CASO DE TRATAMENTO DE SAÚDE

TRATAMENTO É CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO () SIM (X) NÃO

AFASTAMENTO SE ENQUADRA NO ARTIGO 115 DA LEI Nº 8710/95: (X) SIM () NÃO

DATA-SE DE LICENÇA

(X) INICIAL () PRORROGAÇÃO

QUÊS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

- () O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES
(X) VOLTAR PARA EXAME TRÊS DIAS ANTES DO TÉRMINO DA LICENÇA
() SER APOSENTADO POR INVALIDEZ A PARTIR DE ____ / ____ / ____
() ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO
() ENCAMINHADO AO INSS
() ENCAMINHADO À PERÍCIA

DECLARAÇÃO (Portaria nº 108 - Sarh, de 25/07/2005)

Declaro que durante o período de Licença por Motivo de Saúde, não exercerei outra atividade remunerada, estando ciente de que o descumprimento da norma estabelecida no § 3º do art. 91 da Lei 8710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita as penalidades previstas na legislação municipal.

EM 22, 01, 13

[Assinatura]
ASSINATURA DO SERVIDOR

Aida Maria Ribeiro Grimaldi
MÉDICA CRM-MG 23049
Supervisora Perícias Médicas
SARH - SSP - DAMOR
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)



PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA

REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO MÉDICA

Secretaria de Administração e Recursos Humanos
Subsecretaria de Pessoas
Departamento de Ambiente Organizacional

Nº DO LAUDO

104/2013

NOME			
ENDEREÇO		MATRÍCULA	
BAIRRO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	SECRETARIA
CARGO		REGIME JURÍDICO	PRONTUÁRIO Nº
EFETIVO NA PJF?	VÍNCULO COM A PJF?	() CLT	() ESTATUTÁRIO
() SIM () NÃO	CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos?	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos?	

MOTIVO DA LICENÇA/AFASTAMENTO

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:

- ☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE
☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA
☐ LICENÇA MATERNIDADE
☐ PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO

E APRESENTA:

- ☐ ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO
☐ SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
☐ EXAMES COMPLEMENTARES
☒ OUTROS

Confere com o original
Em 18/04/2013
Responsável

RECEPCAO/DAMOR/SARH
SERVIDOR(A) RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 03/03/13 A 02/04/13
B) TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____
C) ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____
D) MATERNIDADE NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____

EM CASO DE TRATAMENTO DE SAÚDE:

O TRATAMENTO É CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO: ☐ SIM ☒ NÃO

O AFASTAMENTO SE ENQUADRA NO ARTIGO 115 DA LEI Nº 8710/95: ☐ SIM ☒ NÃO

TRATA-SE DE LICENÇA:

☐ INICIAL ☒ PRORROGAÇÃO

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

- ☐ O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES
☒ VOLTAR PARA EXAMES TRÊS DIAS ANTES DO TÉRMINO DA LICENÇA
☐ SER APOSENTADO POR INVALIDEZ A PARTIR DE ____/____/____
☐ ENCAMINHADO À READAPTAÇÃO
☐ ENCAMINHADO AO INSS
☐ ENCAMINHADO À PERÍCIA

DECLARAÇÃO (Portaria nº 108 – SARH, de 25/07/2005)

Declaro que durante o período de licença por Motivo de Saúde, não exercerei outra atividade remunerada, estando ciente de que o descumprimento da norma estabelecida no § 3º do artigo 91 da Lei nº 8.710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita às penalidades previstas na legislação municipal.

Em 06/03/13

ASSINATURA DO SERVIDOR

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

Dr. Afonso Costa
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-MG 12943
Tel.: (32) 2101-5641



PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA

REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO MÉDICA

Secretaria de Administração e Recursos Humanos
Subsecretaria de Pessoas
Departamento de Ambiência Organizacional

Nº DO LAUDO

2913

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME		MATRÍCULA	
ENDEREÇO		SECRETARIA	
BAIRRO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	PRONTUÁRIO Nº
Santo Elzevira	30/03/76	32343042	12279
CARGO	REGIME JURÍDICO		
Analista de Serviços	() CLT (X) ESTATUTÁRIO		
EFETIVO NA P.J.F?	VÍNCULO COM A P.J.F?	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos?	
(X) SIM () NÃO	CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos?	0	

MOTIVO DA LICENÇA/AFASTAMENTO	
O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:	E APRESENTA:
☒ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	☐ ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO
☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA	☐ SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
☐ LICENÇA MATERNIDADE	☐ EXAMES COMPLEMENTARES
☐ PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO	☐ OUTROS

18 04 2013
Confere com o original
Em 18 04 2013
Responsável

ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO	
O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:	
A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 03/04/13 A 30/06/13	
B) TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____	
C) ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____	
D) MATERNIDADE NO PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____	
EM CASO DE TRATAMENTO DE SAÚDE:	
O TRATAMENTO É CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE DO TRABALHO: ☐ SIM ☒ NÃO	
O AFASTAMENTO SE ENQUADRA NO ARTIGO 115 DA LEI Nº 8710/95: ☒ SIM ☐ NÃO	
TRATA-SE DE LICENÇA:	
☐ INICIAL ☒ PRORROGAÇÃO	
APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:	
☐ O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES	☐ ENCAMINHADO À READAPTAÇÃO
☒ VOLTAR PARA EXAMES TRÊS DIAS ANTES DO TÉRMINO DA LICENÇA	☐ ENCAMINHADO AO INSS
☐ SER APOSENTADO POR INVALIDEZ A PARTIR DE ____/____/____	☐ ENCAMINHADO À PERÍCIA

DECLARAÇÃO (Portaria nº 108 – SARH, de 25/07/2005)

Declaro que durante o período de licença por Motivo de Saúde, não exercerei outra atividade remunerada, estando ciente de que o descumprimento da norma estabelecida no § 3º do artigo 91 da Lei nº 8.710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita às penalidades previstas na legislação municipal.

Em 02.04.13

ASSINATURA DO SERVIDOR

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Nº do Sinistro:

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) da indenização do Seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar recusa pela Instituição Financeira.

Eu Adilson da Silva Lima, portador do R.G. nº _____, expedido por _____, data da expedição ____/____/____, C.P.F. nº _____, na qualidade de beneficiário(a) dessa indenização, autorizo a American Life Companhia de Seguros efetuar o respectivo pagamento através de crédito, conforme abaixo indicado:

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO

	BANCO (NÚMERO)	Nº AGENCIA	DIGITO AGENCIA	Nº DA CONTA	DIGITO CONTA
☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	Brasil	3205	0	28792	X
☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA					

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

Uma vez efetuado o pagamento / crédito no valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)

(Assinar igual ao RG - Não precisa reconhecer firma)

ATENÇÃO: Preencher corretamente os dados de sua conta corrente, agência e banco, verificando sempre os dígitos, evitando assim o cancelamento do crédito.

DOCUMENTO AUXILIAR DE VENDA - FÓRMULA MANIPULADA
 NÃO É DOCUMENTO FISCAL
 NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE
 REPARADORA - NÃO CONFERIR PAGAMENTO

2-SAGGIORO : CNPJ:00576223000190 : FONE/FAX:32-32124800/32-32159602
 TRUJA SANTA RITA, 448 - CENTRO
 BUIZ DE FORA - MG - CEP:36010071 : FARM.ESP:Silviana Maria Ferraz Lara CEF:114441
 DATA ENT: 20/02/13 HORA ENT: 11:51:43 : RETIRADA: 20/02/13 AS 15:30
 CLT.:ADILSON DA SILVA LEMOS CFP:CPF: TEL:32147580
 PAC.:ADILSON DA SILVA LEMOS
 MED.:GLAUCO MENDONÇA ROCHA CRM:1-MG-44899 VED:0002-14-TZ46EL

Nº DO DOCUMENTO: 00000005145

Nº FISCAL:0
 OPONENTE
 ABAPENTINA

DOSE UND : COMPONENTE
 300 MG

Nº DO DOCUMENTO
 DOSE UND

Formula-Certa for Windows - v.5.7

RECUE
GO

T.POTES:1	SUB-TOTAL:	49,0% DESCONTO:	9,80 TOTAL LIT:	39,20
(-) IDERCTO	(-) SINAL	(+) TAXAS	A PAGAR	

*** E VEDADA A AUTENTICACAO NESTE DOCUMENTO ***