



Oficio-489/09

Juiz de Fora, 21 de outubro de 2009
A/C: Departamento de Sinistros
SUELEN

REF :SINSERPU

SEG :ANA LUCIA RAMOS MARCELINO

Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO “”
- RG , CTPS,CPF
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- CAT
- HOLERITE
- DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR(01/08/09 SEM ALTA)
- RX(03)
- LAUDO DE 01/08/09 A 31/10/09
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
- ATENDIMENTO HOSPITALAR
-

VERTCON ALFA CORRETORA SEGUROS LTDA.
Suelen Andrade 03-11-09


VERTCON SEGUROS LTDA
JUIZ DE FORA

4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
 CNPJ: 20.451.225/0001 - 71 - TEL: (32) 3215-1066
 Galeria Constança Veladares, LJ 04/06 - CEP:36.010.300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo:
 ANDERSON GAZINEL DAVID JUNIOR *****
 Juiz de Fora, 27/10/2009

Em Testemunho _____ da verdade.

Flávia

Flávia Aparecida Rocha de Almeida - Escrevente Substituto
 Emol.:R\$3,00 Tax. Fisc.:R\$0,94 Total:R\$3,94

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMENDAS E/OU RASURAS.



4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
 CNPJ: 20.451.225/0001 - 71 - TEL: (32) 3215-1066
 Galeria Constança Veladares, LJ 04/06 - CEP:36.010.300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo:
 ANA LUCIA RAPIDS MARCELINO *****
 Juiz de Fora, 23/10/2009

Em Testemunho _____ da verdade.

Flávia

Flávia Aparecida Rocha de Almeida - Escrevente Autorizada
 Emol.:R\$3,00 Tax. Fisc.:R\$0,94 Total:R\$3,94

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMENDAS E/OU RASURAS.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




ANEXO QUARTILHO

Ana Lucia Ramos Marcelino
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-12.165.952 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/09/2007

NOME ANA LUCIA RAMOS MARCELINO

FILIAÇÃO JOSE LUIZ BATISTA
TEREZINHA RAMOS DE PAULA

NACIONALIDADE JUIZ DE FORA-MG DATA DE NASCIMENTO 9/6/1978

DOC ORICEM NASC. LV-28B1 FL-265F

JUIZ DE FORA-MG

CPF

Assaut
NILMA S REIS SANTOS
ASS. NATURA DO DIRETOR

PII-2483 3.VIA

LEI N°7 116 DE 29/08/83

Simone Aparecida Rocha de Almeida
Escrevente Autorizada
4.º Ofício de Notas
Juiz de Fora - MG

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA

J. FORA 23 OUT 2009 MG

EM TEST. DA VERDADE.

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
EMCL. R\$ 3,00 T.F.J. R\$ 0,94 TOTAL R\$ 3,94

Selo de Fiscalização
Poder Judiciário
Estado de Minas Gerais
Cartório de Notas
Cartório de Notas
BEH 00823

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
TABELÃO - JUIZ DE FORA - MG



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

obs: original se encontra
guardado ao meu por isso
está indo sem autenticação.



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
130.85640.34-6

NÚMERO: **9963117** SÉRIE: **001-0** UF: **MG**

Ana Lucia Ramos Marcelino

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO

DATA DA ÚLTIMA FOTO

02 QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

NOME: ANA LUCIA RAMOS MARCELINO
 LOC. DE NASC.: JUIZ DE FORA - MG
 FILIAÇÃO: JOSE LUIZ BATISTA TEREZINHA RAMOS DE PAULA
 DOC. APRESENTADO: CC15931 LV28B1 FLS265F 1ºSDTRJF/MG
 ESTADO CIVIL: CASADO
 LEI Nº. 049, DE 18 DE MAIO DE 1995.
 T. ELEITOR: 145686260248
 SEÇÃO: 0320
 ZONA: 152
 CPF: 058.929.816-06
 LOCAL DA EMISSÃO: SDT/J. DE FORA
 EMISSÃO: 10/02/2006

Carlos A. M. Calzavara
ASSINATURA DO EMISSOR

Simone Aparecida Rocha de Almeida
Escrevente Autorizada
4.º Ofício de Notas
Juiz de Fora - MG

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA
J. FORA 23 OUT 2009 MG
EM TEST. DA VERDADE
CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL. R\$ 3,00/UT.F.J. R\$ 0,94 TOTAL R\$ 3,94





NOTA FISCAL FATURA
DE SERVIÇOS DE SANEAMENTO

COMPANHIA DE SANEAMENTO MUNICIPAL

CNPJ 21.572.243/0001-74 Inscrição Estadual 367.698776.0099
AGÊNCIA DE ATENDIMENTO: Av. Getúlio Vargas, 1001 - Centro - Juiz de Fora - MG
CEP 36.013-011
Home Page <http://www.cesama.com.br> E-mail: atendimento@cesama.com.br

Nome / Endereços
ANA LUCIA RAMOS MARCELINO
R. HELENA PETROVNA BLAVATSKY, 19
SOLIDARIEDADE
Município / PABX / Endereço
C/235129-5555

Letura Atual / 754 Consumo m³ 9 Data Letura 10/09/2009 Mês / Ano 08/2009-3

02/2009	14	Histórico de	05/2009	7	Y9BX060371
03/2009	14		06/2009	9	
04/2009	8		07/2009	8	

Discriminação dos Serviços
FORNECIMENTO DE AGUA 13,29
COLETA DE ESGOTO 7,98
JURAS CONTAS ANTERIORES 0,22
MULTA CONTA ANTERIOR 0,38

VENCIAMENTO:	18/09/2009	TOTAL:	21,87	Indústria 000	Residência 001	Comércio 000	Economia 000	Categoria 81
--------------	------------	--------	-------	---------------	----------------	--------------	--------------	--------------

8261000000-7 21870015323-0 5127082093-0 1809200900-8

QUALIDADE DA ÁGUA NA REDE DE DISTRIBUIÇÃO

Especificação - Portaria n.º 518/MS de 25 de Março de 2004 e Decreto Presidencial 5.440/05

PARÂMETROS	N.º Mínimo de análises	N.º Análises realizadas	N.º Amostras fora do padrão	PARÂMETRO
Cor	288	471	0	Máximo 15,0 uH
pH	288	471	0	6,0 - 9,5
Turbidez	288	471	8	Máximo 5,0 UT
Cloro Residual Livre	288	453	8	0,2 - 2,0 mg/L
Coliformes Totais	288	364	3	Ausente em 95%
Bacteriológicos E. coli	3	3	0	Ausente

Observação
JUIZ DE FORA CONTRA A DENGUE. DECLARE GUERRA. DENGUE MATA. E HORA DE AGIR. NAO DEIXE AGUA PARADA PREFERITURA DE JUIZ DE FORA

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA
J. FORA 23 OUT 2009 MG
EM TEST. DA VERDADE



COBAN 23/09/2009 14:55:02
474746882
BANCO POPULAR DO BRASIL 0165

COMPROVANTE DE PAGAMENTOS COM COD. BARRA

=====
Convenio CESAMA
Codigo de Barras 8261000000-7 21870015323-0
5127082093-0 1809200900-8
Data do pagamento 06/10/2009
Valor em Dinheiro 21,87
Valor em Cheque 0,00
Valor Total 21,87
=====
MR. AUTENTICACAO C. A2E. 369. BB7. 1B4. 1FE

Simone Aparecida Rocha de Almeida
Escrevente Autorizada
4.º Ofício de Notas
Juiz de Fora - MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE LIMPEZA URBANA

PECADO MENSA

Referência: 08/2009

Código Nome do Funcionário CBO Emp. Local Depto. Setor Setor Fl.
 00318 ANA LUIZ RAMOS MARCELINA 99222 05,01 Letra B 1

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	428,49	
005	ABONO FAMILIA	1,00	18,08	
009	INSALUBRIDADE 40%	0,00	195,87	
380	CLF. SALARIO MINIMO II	0,00	31,64	
490	ABONO SALARIAL	0,00	86,61	
008	HORA EXTRA A 100%	20,00	77,91	
302	ATE. PR. L. SALARIO MINIMO I	20,00	6,84	
116	SINSEPU - SEGURO VERTICOM	0,00		24,56
145	GREMIO RECREATIVO I	0,00		2,34
156	KIT LANCHE	0,00		3,00
215	CAPIENISA - SEGURO	0,00		21,41
230	C.E.F - EMPRESTIMO	0,00		34,36
353	BANCO DO BRASIL - EMPRESTIMO	0,00		119,80
010	DESCONTO PARA FALTAS	4,00		57,13
060	FPSM - FD. PREV. SERV. MUNICIPAL	11,00		75,19

Total de Vencimentos 799,89 Total de Descontos 338,79

AVISO: A PARTIR 01/09/09 ATESTADOS MEDICO DEVERAO SER ENTREGUES DIRETAMENTE NA DO SERVIDOR/DONOR NO PRAZO DE 72 HORAS

Valor Líquido 845,46

Salário Base 428,49 Sal. Contr. INSS 187,59 Base Calc. FGTS 0,00 F.G.T.S. do Mês 0,00 Base Calc. IRRF 441,10 Faltas IRRF 0,00

Simone Aparecida Rocha de Almeida
 Escrevente Autorizada
 4.º Ofício de Notas
 Juiz de Fora - MG



AUTENTICAÇÃO
 DECLARO SER AUTÊNTICA
 A PRESENTE FOTOCÓPIA
 J. FORA 23 OUT 2009 MG
 EM TESTE DA VERDADE
 CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
 EMOL. R\$ 3,00 T.F.J. R\$ 0,94 TOTAL R\$ 3,94

DECLARAÇÃO

Declaramos que ANA LÚCIA RAMOS MARCELINO, é servidor deste Departamento Municipal de Limpeza Urbana - DEMLURB, admitido em 02/03/2006 na função de AUXILIAR DE SERVIÇOS(VARRIÇÃO), o mesmo esta afastado desde o dia 01/08/2009 por Acidente de Trabalho e ainda continua em afastamento, não tendo previsão de alta.

Por ser verdade, firmo o presente.

Juiz de Fora, 17 de setembro de 2009.



Cristina Maria Machado Gomes Faria
Chefe do Serviço de Recrutamento e Seleção



JUIZ DE FORA PREFEITURA

Nº 0416

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO (CAT)

INSTITUIÇÃO

SECRETARIA/ÓRGÃO: Departamento Municipal de Limpeza Urbana

ENDEREÇO: Av. Francisco Valadares nº 1000 - Vila Ideal

MUNICÍPIO: Juiz de Fora ESTADO: MG CNPJ: 20.430.120/0001-36 CÓDIGO DA ATIVIDADE: 90.00-0

ACIDENTADO

NOME: Ama Lucia Ramos Marcelino

ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE): Rua - Glebeima Petrovina Lavaski nº 19 - Solidariedade - Juiz de Fora/MG

DATA DO NASCIMENTO: 09/06/1978 IDADE: 31 anos SEXO: Fem. ESTADO CIVIL: Casado CTPS / CARTEIRA DE IDENTIDADE: S/D

PROFISSÃO: Auxiliar Serviços SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO: R\$ 550,00 REABERTURA DA CAT: SIM NÃO POR: HORA DIA MÊS REINICIO TRATAMENTO: SIM NÃO

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE: 03/08/2009 HORA: 16h30min SETOR DO ACIDENTADO: Trabalho DATA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO: 03/08/2009

LOCAL DO ACIDENTE: Rio Branco X Flo. Peixoto HOUVE REGISTRO POLICIAL? SIM NÃO OBJETO CAUSADOR: Tombo

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S): Ao CAMINHAR A VÍA do centro, tropeçou o pé e levou um tombo Apoio com o braço (D), causando dor no local.

TESTEMUNHAS

NOME: _____ ENDEREÇO: _____

NOME: _____ ENDEREÇO: _____

LAUDO DE EXAME MÉDICO

1 - Apresentação do Acidentado: A.P.S. serviço médico data: 01/10/09 hora: _____

2 - Descrição da(s) lesão(ões): Injúria quebra do proprio artro fratura escarificada punho (D)

3 - Diagnóstico provável: fratura escarificada punho (D)

4 - Há compatibilidade entre o estágio evolutivo da(s) lesão(ões) e a data do acidente declarada no anverso? sim

5 - Há correlação entre a natureza, grau e localização da(s) lesão(ões) e o histórico do acidente que a(s) teria(m) provocado? sim

6 - Regime de tratamento a que deverá submeter-se o acidentado: Hospitalar Ambulatorial

7 - Duração provável do tratamento: 90 dias.

8 - O acidentado foi hospitalizado em: / / data / / local / / data GIH/AT

9 - Deverá o acidentado, durante o tratamento afastar-se do trabalho? sim

10 - Condições patológicas preexistentes ao acidente: _____

11 - Observações: _____

Localidade: _____ Data: 01/10/09

MÉDICO DE ATRIBUIÇÃO: (assinatura e carimbo) Dr. Luiz Cesar Assis Ortopedia e Traumatologia CRM-MG 13370

Serviço médico a que foi encaminhado: Hosp. M de Urgência e Emergência Dr. Mozart Teixeira - SUS/JF

Juiz de Fora, 03 de agosto de 2009.

 DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE LIMPEZA URBANA
CONFERE COM ORIGINAL
Em 17, 09, 2008

Cristina Maria J. Gomes Faria
Chefe Serv. Recrut. e Seleção



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

Eu Anna Lucia Ramos Marcelino, portador do R.G. nº 16.12.165.952, expedido por SSPMG, data da expedição 20/09/07, C.P.F. nº 058.929.816-06
na

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO

	BANCO (NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO AGÊNCIA	Nº DA CONTA	DÍGITO CONTA
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	Brasul	3205	0	28820	9
<input type="checkbox"/> 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.

SP 23.10.09

LOCAL E DATA

Anna Lucia Ramos Marcelino

ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)

(Assinar igual ao RG - Não precisa reconhecer firma)

ATENÇÃO Prover o correto preenchimento dos dados de sua conta corrente, agência e banco, verificando sempre os dígitos, evitando assim o cancelamento do crédito.



**PREFEITURA DE
JUÍZ DE FORA**

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

Nº 068195

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: <u>Ma. Kátia Ramos Almeida</u>		MATRÍCULA:
ENDEREÇO: <u>Rua Retiro, s/n, Vila Nova, J.F.</u>		SECRETARIA:
BAIRRO: <u>Vila Educa</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>09/10/1975</u>	TELEFONE: <u>3215-7883</u>
		PRONTUÁRIO Nº:

CARGO: <u>med. de família</u>		REGIME JURÍDICO () CLT (X) ESTATUTÁRIO
EFETIVO NA PJF? (X) SIM () NÃO	VÍNCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <u>01</u>	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? <u>0</u>

MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO

☐ SERVIDOR ACIMA SOLICITA:

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

E APRESENTA:

- ATESTADO MÉDICO / ODONTOLÓGICO
- SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
- EXAMES COMPLEMENTARES
- OUTROS: _____

Ma. Kátia Ramos Almeida
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 01/08/09 A 14/09/09
- 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 DE TRABALHO? (X) SIM () NÃO

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

TRATA-SE DE LICENÇA

(X) INICIAL () PRORROGAÇÃO

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

- () O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES.
- (X) VOLTAR PARA EXAMES 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 19/08/09

Ma. Kátia Ramos Almeida
ASSINATURA DO SERVIDOR

Dr. Rogério Cruzeiro de Barros
Médico do Trabalho - Clínica Médica
CRM-MG 15076
DAMOR / GR. S.A.P.
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

 **DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE LIMPEZA URBANA**

CONFERE COM ORIGINAL

Em 17 / 09 / 09

Cristina Maria

Cristina Maria M. Gomes Faria
Chefe Serv. Recrut. e Seleção



**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 073245

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: <u>Maírcia Ramos Macedo</u>		MATRÍCULA:
ENDEREÇO: <u>Rua Helena Katoama Kasaki, 19</u>		SECRETARIA:
BAIRRO: <u>Comunidade</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>09/06/75</u>	TELEFONE: <u>3219 1953</u>
		PRONTUÁRIO Nº:

CARGO: <u>Analista de RH</u>		REGIME JURÍDICO () CLT (X) ESTATUTÁRIO
EFETIVO NA PJJ? (X) SIM () NÃO	VINCULO COM A PJJ? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <u>01</u>	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? <u>0</u>

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
- REABILITAÇÃO

E APRESENTA:

- ATESTADO MÉDICO / ODONTOLÓGICO
- SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
- EXAMES COMPLEMENTARES
- OUTROS: _____

Maírcia Ramos
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 15/09/09 A 31/10/09
- 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 DE TRABALHO: (X) SIM () NÃO

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

TRATA-SE DE LICENÇA

() INICIAL (X) PRORROGAÇÃO

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

- () O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES.
- (X) VOLTAR PARA EXAMES 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 exercei 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 ____/____/____

ASSINATURA DO SERVIDOR

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

Romilton Faria
CNPJ 073245

 DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE LIMPEZA URBANA
CONFERE COM ORIGINAL
Em 17/09/09

Cristina Maria M. Gomes Faria
Chefe Serv. Recrut. e Seleção

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DR MOZART GERALDO TEIXEIRA

No. DO BE: 257840 DATA: 01/03/2009 HORA: 17:44 USUARIO: NATALIA
CNS: SETOR: 09 - P.A. TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANA LUCIA RAMOS MARCELINO DOC...: MG12105782
IDADE.....: 31 ANOS NASC: 09/06/1970 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: HELENA PETROVINA BRAVASCK NUMERO: 17
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: SOLIDARIEDADE
MUNICIPIO.....: JUIZ DE FORA UF: MG CEP....: 35021-400
NOME PAI/MAE...: JOSE LUIZ BATISTA /TEREZINHA RAMOS DE PAULA
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....: 32107003
PROCEDENCIA...: RESIDENCIA
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRABALHO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAIÇA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg [] PULSO: [] [] TEMP.: [] []

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

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

DADOS CLINICOS: *On punho após queda de prumo outro no t. lateral*

DIAGNOSTICO: *Frt. escorço de punho*

usa
patl.

XERO 1
Max...
Quiteao

DATA DA SAIDA: / / ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A EVOLUC [] A REVELIA [] DECISAO
HORA DA SAIDA: : :
ASSINATURA DO MEDICO: *Quiteao*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
ORIGEM: [] OS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

HPS/SUE/SS
CONFERE COM ORIGINAL
Em 16/10/09

ASSINATURA DO RESPONSAVEL: *Em 16/10/09* ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DR MOZART GERALDO TEIXEIRA

IMS/DATASUS

No. DO RE: 259840 DATA: 01/03/2009 HORA: 17:44 USUARIO: NATALIA
 CNS: SETOR: 09 - P.A. TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANA LUCIA RAMOS MARCELINO DOC...: MG12165752
 IDADE.....: 31 ANOS NASC: 09/06/1978 SEXO...: FEMININO
 ENDEREÇO.....: HELENA PETROVINA BRAVASCK NUMERO: 17
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: SOLIDARIEDADE
 MUNICIPIO.....: JUIZ DE FORA UF: MG CEP...: 36021-470
 NOME PAI/MAE...: JOSE LUIZ BATISTA /TEREZINHA RAMOS DE PAULA
 RESPONSÁVEL...: O PRÓPRIO TEL...: 32187003
 PROCEDENCIA...: RESIDENCIA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRABALHO
 CACO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRALMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg [] PULSO: [] TEMP.: []

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

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

DADOS CLINICOS: *On punho após queda de prumo outro Dr + exame*

DIAGNOSTICO: *Fita escaravache punhado*

PRESCRICAO: *Ux*

REPARO DA MEDICACAO: *patb.*

DATA DA SAIDA: ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A REGULADORIO [] A REVELIA [] DECISAO

INTERFERENCIA HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE SAUDE):

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: *Em 16/10/09*

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: *Dr. Lauro Cecchi Assis*
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-MG 13974

Quiteco

