

Processo nr.

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

Segurado **ANDERSON ALVIM**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	ATA	21/07/2012	26/10/2012

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

- BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA VERTCON AUTENTICADO;
- COPIA AUTENTICADA DA CAT DO SEGURADO;
- RELATORIO MEDICO ORIGINAL DO SEGURADO;
- DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR;
- COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO ANDERSON ALVIM;
- 02 COPIAS AUTENTICADA DO ATESTADO MEDICO DO SEGURADO;
- 02 REQUERIMENTOS E LAUDO DE INSPEÇÃO MEDICA DO SEGURADO;
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM NOME DO SEGURADO;
- RECIBO DE PAGAMENTO DO SEGURO;
- 01 EXAME DE RAIOS - X

Processo nr.

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

Segurado **ANDERSON ALVIM**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	ATA	21/07/2012	26/10/2012

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

- BOLETIM DE OCORRÊNCIA DA VERTCON AUTENTICADO;
- COPIA AUTENTICADA DA CAT DO SEGURADO;
- RELATORIO MEDICO ORIGINAL DO SEGURADO;
- DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR;
- COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO ANDERSON ALVIM;
- 02 COPIAS AUTENTICADA DO ATESTADO MEDICO DO SEGURADO;
- 02 REQUERIMENTOS E LAUDO DE INSPEÇÃO MEDICA DO SEGURADO;
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM NOME DO SEGURADO;
- RECIBO DE PAGAMENTO DO SEGURO;
- 01 EXAME DE RAIOS - X

Ofício 258/2012

Juiz de Fora, 16 outubro DE 2012
A/C: Departamento de Sinistros
ROSI

REF SINSERPU

SEG. ANDERSON ALVIM

Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- RELATÓRIO MÉDICO
- CAT
- RG/CPF
- COMPROVANTE DE RESIDENCIA
- RECIBO PAGAMENTO
- DECLARAÇÃO EMPREGADOR 01/08/2012 A 31/10/2012
- ATESTADOS
- LAUDOS
- AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO
- RX

ATENCIOSAMENTE


VERTCON SEGUROS LTDA
JUIZ DE FORA


VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.

Recebido
25.10.12

Ofício 258/2012

Juiz de Fora, 16 outubro DE 2012
A/C: Departamento de Sinistros
ROSI


REF SINSERPU
SEG .ANDERSON ALVIM

Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- RELATÓRIO MÉDICO
- CAT
- RG/CPF
- COMPROVANTE DE RESIDENCIA
- RECIBO PAGAMENTO
- DECLARAÇÃO EMPREGADOR 01/08/2012 A 31/10/2012
- ATESTADOS
- LAUDOS
- AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO
- RX

ATENCIOSAMENTE


VERTCON SEGUROS LTDA
JUIZ DE FORA


VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.

Recebido
25-10-12



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO		CNPJ
Proponente/Titular ANDERSON ALVIM				
RG	Estado Civil	Sexo	MATRÍCULA/RE	CPF
M.G. 3.606.408	CASADO	M		380.456.806.87
Cônjuge SÔNIA MARIA DOS SANTOS ALVIM				Natural de JUIZ DE FORA
LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA REGIONAL LESTE - 31.07.2012				Data Nascimento 28/12/59
Data Nascimento 03/10/55				

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

AO ME DESLOCAR DO ANDAR SUPERIOR, PELA ESCADA QUE DESCE PARA O ANDAR TERREO, A PERNA DIREITA ESCORREU NO DEGRAU POI QUANDO TENTEI ESCORAR COM A ESQUERDA, SENDO QUE A MESMA NAO SUPOUTO O PESO DO CORPO E FOI AO SOLO, POIS A ESQUERDA JA TINHA PASSADO POR UM PROCEDIMENTO CIRURGICO A MAIS DE QUATRO ANOS ATRAS, MAIS NOS ULTIMOS ANOS ESTAVA NAS ATIVIDADES NORMAIS, SEM QUALQUER SEQUELA, OBS: DEPOIS DO ACIDENTE QUANDO VEIO OS PROBLEMAS SOBRE O QUADRIL, DORES CONTINUA, O USO DE MULETAS CANADENSES

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento 31/07/2012 10:30hrs	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos. <i>Apesar das escalas desta unidade, primeira vítima de queda de altura ocorreu em UAIIS exposto, tendo sido medicado por ním de imediato e encaminhado a fisioterapia</i>
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	<i>Sim, visto que o referido paciente já havia sido submetido a cirurgia há 4 anos atrás.</i>
Em caso negativo quais foram as causas	<i>—</i>
Encontrou V. sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?	<i>O paciente apresenta fratura de quadril de quadril esquerdo ainda permanecendo com atividades normais.</i>
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	<i>Sim; aproximadamente por 90 (noventa) dias</i>
O Acidentado teve alta? Em que data?	<i>Não obteve alta.</i>
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	<i>Sim, no momento a invalidez foi parcial membro inferior esquerdo (UAIIS)</i>
Qual o percentual de redução Funcional?	<i>Devido ao uso de muletas canadenses Sim, houve redução funcional de 60%</i>

Nome do Médico Assistente: **Eduardo Elias J. Gatti**

Endereço do Médico: **Av. Dr. José Gonçalves de Jesus, 100 - Jd. São José - CEP 36041-890 - Juiz de Fora - MG**

LOCAL / DATA: **Juiz de Fora, 10/10/2012**

Assinatura do Médico sob campo: **Dr. Eduardo Elias J. Gatti** (CRM 9959)



LOCAL: **JUIZ DE FORA**

Data: **10/10/2012**

Assinatura do Acidentado: *[Signature]*

TME 1º Ofício de Notas - Tabelionato Maninho Faria - Galeria Pio X - Loja 70 - Centro - CEP 36010-240 - Juiz de Fora - MG - Telefax: (32) 3215-7004

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por semelhança a(s) firma(s): **EDUARDO ELIAS JOSÉ GATTI**

Juiz de Fora, 16/10/2012, 14:37:30 12144

Em testemunho da verdade: *[Signature]*

Enol.: R\$3,44 Fundo Jud.: R\$1,07 Total: R\$4,51

Selo de Fiscalização - RECONHECIMENTO DE FIRMA - BHL 41720



CAT COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

INSTITUIÇÃO
 NOME: Departamento da Unidade Regional Oeste
 ENDEREÇO: Arênia, Brasil 1100 - Costa Carvalho
 MUNICÍPIO: Juiz de Fora ESTADO: MG COG: 18338178/000536 CÓDIGO DA ATIVIDADE

ACIDENTADO
 NOME: Anderson Ahim
 ENDEREÇO: Rua Carneiro da Silva, 629/08
 MUNICÍPIO / ESTADO: Juiz de Fora/MG
 DATA DO NASCIMENTO: 28/12/59 IDADE: 53 ANOS SEXO: M ESTADO CIVIL: Casado
 CTPS/CARTEIRA DE IDENTIDADE: MG 300.6408
 PROFISSÃO: Auxiliar Operacional SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO POR: 1400,00 HORA DIA MES

ACIDENTE
 DATA DO ACIDENTE: 31/07/2012 HORA: 10:20 APÓS 2,20 HORAS DE TRABALHO DATA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO: 01/08/2012
 LOCAL DO ACIDENTE: HOUVE REGISTRO POLICIAL? SIM NÃO OBJETO CAUSADOR:
 DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):
 Afetado ao trabalhar dentro da unidade (cort) de madeira com uma foice e acidente de grande natureza tendo sido submetido ao exame de refração.

TESTEMUNHAS
 NOME: Cristina Maria da Silva Lopes
 ENDEREÇO: Rua José Otaviano, 42 - Santa Luzia
 NOME: Maria Aparecida Ribeiro da Silva
 ENDEREÇO: Rua Francisco Gonçalves de Lacerda, 319 - P. Buriel

LAUDO DE EXAME MÉDICO
 1 - APRESENTAÇÃO DO ACIDENTADO
 SERVIÇO MÉDICO: Clínico geral DATA: 31/07/12 HORA: 10:20hrs.

2 - DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES)
 3 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:
 Cirurgia para remoção e reparação dos tendões.
 Substituição da cirurgia de reparação de tendão do grande abscuro.
 Luxação do cotovelo com fratura da cabeça da ulna (fratura)

4 - HÁ COMPATIBILIDADE ENTRE O ESTÁGIO EVOLUTIVO DA(S) LESÃO(ÕES) E A DATA DO ACIDENTE DECLARADA?
 5 - HÁ CORRELAÇÃO ENTRE A NATUREZA, GRAU E LOCALIZAÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES) E O HISTÓRICO DO ACIDENTE QUE A(S) TERIA(M) PROVOCADO?

6 - REGIME DE TRATAMENTO A QUE DEVERÁ SUBMETTER-SE O ACIDENTADO.
 HOSPITALAR
 AMBULATORIAL
 7 - DURAÇÃO DO PROVÁVEL TRATAMENTO: 90 DIAS

8 - O ACIDENTADO FOI HOSPITALIZADO EM
 DATA: 31/07/12 LOCAL: Hospital Oeste DATA GII/AT: 1/1

9 - DEVERÁ O ACIDENTADO, DURANTE O TRATAMENTO, AFASTAR-SE DO TRABALHO? SIM NÃO
 11 - OBSERVAÇÕES:

10 - CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEEXISTÊNCIA AO ACIDENTE:
 Nada a declarar
 LOCALIDADE: Arênia DATA: 31/07/12
 MÉDICO DE MENDIMENTO: (assinatura e carimbo) Dr. Eduardo Elias J. Pacheco

SERVIÇO MÉDICO A QUE FOI ENCAMINHADO:
 Encaminhado ao serviço de fisioterapia/ortopedia.

Juiz de Fora 31 de julho de 2012
 Iris Barrêto Sauer
 Chefe de Seção ADM-RH

Confere com o original
 Em 08/08/12
 Responsável: Josani M. Pinheiro

REGISTRO NACIONAL DE ACIDENTES DE TRABALHO

4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA

GNPJ: 20.451.225/0001-71 - TEL: (32) 3215-4166
Galeria Constança Valadares, Lj. 04/06 - CEP: 36.010.300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo

ANDERSON ALVIN *****

Juiz de Fora, 16/10/2012 Cartório

Em Testemunho _____ da verdade.

Carla Helena Villela de Castro - Escrevente Autorizada
Emol.: R\$3,44 T.F.J.: R\$1,07 Total: R\$4,51

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





Dr. Handerson
Nicolatino Pereira
CRM MG 10974/T

Dr. Jair Moreira
Dias Júnior
CRM MG 35243

Dr. José Flávio
Barros Brandão
CRM MG 8393/T

Dr. José Paulo
Sabino de Almeida
CRM MG 29206

Dr. Leonardo de
Castro
CRM MG 38347

Dr. Oséas Joaquim
de Oliveira
CRM MG 18842

TITULARES DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Relatório:

Relato pl as devidas fins que o paciente Anderson Alim, 54 anos, e- paciente em sempre permanentemente pl choncamant arrip- ties de prótese total do quadril esquerdo. Paciente com dor e em uso de analgésico usando uma bengala no mão direita para apoio parcial. Aguarda o melhor momento pl revisão de prótese total do quadril. Curintead plater- veder laboratorias no presente momento.

CR 1796
1285

Dr. José Paulo S. de Almeida
CRM MG 29206
CONTROLE SINDICATO

de Oliveira
15/10/12

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **MG-3.606.408** DATA DE EXPEDIÇÃO **31/01/2003**

NOME **ANDERSON ALVIM**

FILIAÇÃO **MILTON ALVIM
BENEDITA DA NASCIMENTO ALVIM**

NATURALIDADE **JUIZ DE FORA-MG** DATA DE NASCIMENTO **28/12/1959**

DOC. ORIGEM **CAS. LV-31B1 FL-151F**

JUIZ DE FORA-MG

CPF

PII-2203

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83

2.VIA

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCOPIA

J.FORA **09 OUT. 2012** MG

EM TEST. _____ DA VERDADE

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL.: R\$3,44 - T.F.J.: R\$1,07 - TOTAL: R\$4,51



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

C/C

NASCIMENTO **28.12.59** INSCRIÇÃO NO CPF **380 456 806 87**

CONTRIBUINTE

ANDERSON ALVIM

SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTERIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO
C.A.D.A.S.T.R.O. DE P.E.S.S.O.A.S FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCOPIA

J.FORA **09 OUT. 2012** MG

EM TEST. _____ DA VERDADE

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL.: R\$3,44 - T.F.J.: R\$1,07 - TOTAL: R\$4,51



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



www.cemig.com.br/atendimento

Cemig Torpedo 29810

Distribuição S.A.

Fale com a Cemig 116

Cemig Distribuição S.A. CNPJ 06.981.180/0001-16 / Insc. Estadual 062.322136.0087
Av. Barbacena, 1.200 - 17º andar - Ala A1 - CEP 30190-131 - Belo Horizonte - MG

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

ANDERSON ALVIM
RUA CARNEIRO DA SILVA 629 CS 8
FURTADO DE MENEZES
36021-110 JUIZ DE FORA, MG
CPF 380.456.806-87

Referente a
SET/2012
Código de Débito Automático:
000037201704

Nº DO CLIENTE
7003584716

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U Nº 002472137 - PTA Nº16.000114527.70

Classificação Residencial Monofásico	Medição ABA068002019	Datas de Leitura ANTERIOR 09/08 ATUAL 11/09 PRÓXIMA 10/10	Datas da Nota Fiscal EMISSÃO 12/09 APRESENTAÇÃO 18/09	Nº DA INSTALAÇÃO 3003720170
---	--------------------------------	---	--	--

Tipo de Medição Energia	Leitura Anterior 8.775	Informações Técnicas Leitura Atual 8.939	Constante de Multiplicação 1	Consumo kWh 164
-----------------------------------	----------------------------------	---	--	---------------------------

Informações Gerais
Tarifa vigente conforme Res Aneel nº 1.269, de 03/04/12
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.
Há débitos anteriores.

Valores Faturados			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	164	0,63160938	103,56
Encargos / Cobrança			
Contrib. Custeio Ilum. Pública			8,75
Multa 2% conta de 08/2012 sobre R\$ 91,09			1,83
Parcela 0010 / 0011			53,27
Tarifas aplicadas (sem impostos)			
Energia Elétrica kWh		0,40423000	

Indicadores de Qualidade de Fornecimento
Juiz de Fora 4
Mês: 07/2012

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

Tensão: Nominal=220/127 V Min.=201/116 V Máx.=231/133 V
Valor Encargo Uso Sist. Distribuição: R\$18,86

Informações de Faturamento

Parcelas	Valor R\$	%	Parcelas	Valor R\$	%
Energia	21,60	20,86	Enc. Setoriais	6,01	5,80
Distribuição	35,77	34,54	Tributos	37,27	35,99
Transmissão	2,91	2,81	Total	103,56	100,00

VENCIMENTO
03/10/2012

VALOR A PAGAR
R\$ 167,41

Histórico do Consumo

Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/Dia	Dias de Faturamento
SET/12	164	4,97	33
AGO/12	89	2,97	30
JUL/12	71	2,45	29
JUN/12	87	2,72	32
MAI/12	118	4,21	28
ABR/12	200	6,45	31
MAR/12	212	6,42	33
FEV/12	168	5,79	29
JAN/12	204	7,03	29
DEZ/11	164	5,13	32
NOV/11	127	4,23	30
OUT/11	110	3,79	29
SET/11	153	4,64	33

Reservado ao Fisco
2C17.8F4A.700A.5E48.6EF9.7217.6B74.31B3

Base de cálculo(R\$) 103,56	ICMS Aliquota(%) 30	Valor(R\$) 31,07	PASEP (R\$) 1,10	COFINS (R\$) 5,10
---------------------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

NOTIFICAÇÃO DE CONTA(S) VENCIDA(S) / DÉBITO(S)
Até 12/09/2012 constava(m) o(s) seguinte(s) débito(s) vencido(s):

Mês/ano	Valor (R\$)	Débitos que sujeitam ao corte, conforme abaixo:
02/2012	116,48	Mês/ano Valor (R\$) Previsão de Corte
03/2012	142,48	08/2012 94,91 02/10/2012
04/2012	139,68	07/2012 102,40 Imediata
05/2012	87,19	06/2012 91,71 Imediata
		OUTROS 213,08 Imediata

A religação estará condicionada à inexistência de débitos vencidos na unidade consumidora.

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares. Ouvidoria CEMIG: 0800 728 3838



Unidade de Leitura
07074733

Conta Contrato
000037201704

Vencimento
03/10/2012

Total a Pagar
R\$ 167,41

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCOPIA

8364000001-1 67410138007-1 60391658211-8 00037201704-6



Setembro/2012

J.FORA

09 OUT. 2012



Prefeitura de Juiz de Fora

Secretaria de Administração e Recursos Humanos

Subsecretaria de Pessoas

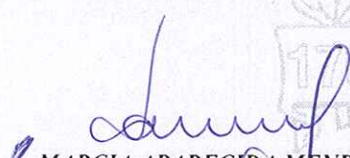
Departamento de Monitoramento Profissional

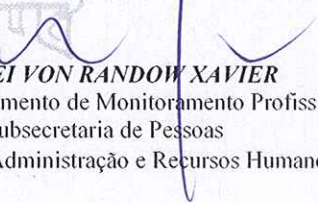
Supervisão de Registro e Acompanhamento de Ocorrências Funcionais

CERTIDÃO

O Chefe do Departamento de Monitoramento Profissional da Subsecretaria de Pessoas da Secretaria de Administração e Recursos Humanos, com competência delegada pelo Decreto número dez mil, seiscentos e cinco (Decreto nº 10.605 de 30/12/2010), CERTIFICA, mediante informações da Supervisão de Registro e Acompanhamento de Ocorrências Funcionais que: **ANDERSON ALVIM (Mat. 29.198-6/1)** é servidor efetivo desta Prefeitura de Juiz de Fora, admitido em 10 de junho de 1999, aprovado em Concurso Público, ocupando o cargo de Auxiliar de Serviço, lotado na Secretaria de Saúde (SS), estando trabalhando até a presente data. Certifica, ainda, que o mesmo encontra-se afastado por motivo de doença nos citados períodos: 01/08/2012 a 15/08/2012 (Laudo nº120478) e 16/08/2012 a 31/10/2012 (Laudo nº122378). Eu, Leandro Lima Calixto lavrei a presente Certidão, que se destina para fins de comprovação junto à Vertcon Seguros. Eu, _____ Chefe do Departamento de Monitoramento Profissional da Subsecretaria de Pessoas da Secretaria de Administração e Recursos Humanos, subscrevo e assino.

JUIZ DE FORA, 09 DE OUTUBRO DE 2012.


MARCIA APARECIDA MENDONÇA
Supervisora II
SARH/SSP/DMP/SRAOF


ALEXEI VON RANDOW XAVIER
Chefe do Departamento de Monitoramento Profissional
Subsecretaria de Pessoas
Secretaria de Administração e Recursos Humanos.

"A busca ao desaparecido deve ser imediata. Não Espere 48 horas para fazer a ocorrência."



SANDRA SANTOS FERREIRA MELO

14 anos.
Desaparecida em Itaúna/MG desde 03/06/2011



JOSUE KALEBE DA SILVA MONTEIRO

14 anos.
Desaparecido em Belo Horizonte/MG desde 22/12/2011

Informações sobre pessoas desaparecidas: Ligue para a Polícia Civil (Div. Referência da Pessoa Desaparecida) Tel: **0800 28 28 197**

PARA USO DOS CORREIOS

- 01-Mudou-se
- 02-Endereço insuficiente
- 03-Não existe o nº indicado
- 04-Falecido

- 05-Desconhecido
- 06-Recusado
- 07-Ausente
- 08-Não procurado
- 09-Outros

Responsável: _____

Endereço para devolução: _____

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
RUA DOLOMITA 120 CC CAMARGOS
30520-120 BELO HORIZONTE, MG

CEMIG

A Melhor Energia do Brasil.

07074733
1001
ABA068002019



7 MILHÕES DE MINEIROS BENEFICIADOS PELA TARIFA POPULAR DE ENERGIA ELÉTRICA: O MAIOR NÚMERO DO PAÍS.

SONHOS PRECISAM DE ENERGIA PARA VIRAR REALIDADE.



WWW.CEMIG.COM.BR

Fale com a Cemig 116

Caso este número não esteja disponível na sua cidade, ligue: 0800 7210 116
Para solicitar serviços tenha em mãos a sua conta de energia

www.cemig.com.br/atendimento



12080707

ANDERSON ALVIM
RUA CARNEIRO DA SILVA 629 CS 8
FURTADO DE MENEZES
36021-110 JUIZ DE FORA, MG

SMI: 12-MG-01-06-12080707-035458

NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
VENCIMENTO: 03/10/2012



0710023917130912261971563003720170

Faça seu cadastro na Agência Virtual Cemig e tenha informações sobre serviços para sua residência ou comércio. Basta acessar o site www.cemig.com.br clicar em 'Cadastro login de acesso aos serviços', informar o Número do Cliente e o CPF, criar seu login e sua senha, digitar o e-mail que receberá as informações e o número do telefone. Mantenha os seus dados atualizados.

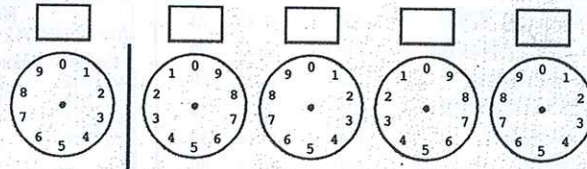
Quem mantém ilegalmente aves silvestres em gaiolas promove o tráfico de animais e acelera a extinção das espécies. Participe do lançamento do projeto Minas Livre de Gaiolas: 15 e 16 de setembro, no Parque das Mangabeiras, em Belo Horizonte. Entregue voluntariamente a sua gaiola no dia do evento.

Descrição dos Indicadores de Qualidade de Fornecimento:

DIC: Duração de Interrupção por Unidade Consumidora, expressa em horas;
FIC: Frequência de Interrupção por Unidade Consumidora, expressa em número de interrupções;
DMIC: Duração Máxima de Interrupção Contínua por Unidade Consumidora, expressa em horas.
DICRI - Duração da Interrupção Individual Ocorrida em Dia Crítico por Unidade Consumidora, expressa em horas. Consideradas as interrupções acima de 3 minutos.
É direito do consumidor solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. É direito do consumidor receber compensação quando ocorrer violação dos padrões de continuidade individuais. Informações sobre as Condições Gerais de Fornecimento, Tarifa, Produtos, serviços Prestados e Impostos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nas agências de atendimento e no site: <http://www.cemig.com.br>

O valor desta Nota Fiscal está sujeito a penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros), após o vencimento. O pagamento desta Nota Fiscal não quita débitos anteriores.

Anote a posição dos ponteiros ou copie os números nos quadrinhos, de acordo com o tipo de medidor. Se o medidor for de quatro ponteiros, deixe o primeiro círculo em branco.



1º

Autenticação mecânica

Instalação: 3003720170



Autorização para Débito Automático

NOME DO BANCO: _____

Nº DA AGÊNCIA: _____

C/C: _____

CÓDIGO P/ DÉBITO AUTOMÁTICO: _____

ASSINATURA DO CLIENTE: _____

Autenticação mecânica

Instalação: 3003720170

RECEBIDA MORISAA
SERVIDORA RESPONSÁVEL

ORTRA
Centro de Ortopedia e Traumatologia Ltda

Confere com o original
Em 01/08/12
Wesley M. Reinet
Responsável

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para devidos fins e efeitos que

ANDRÉSEN RUIVIM

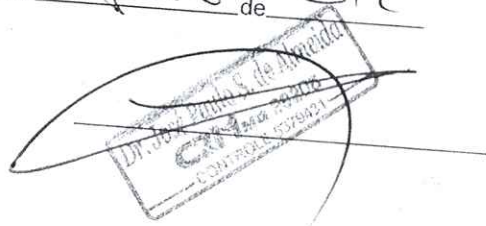
está impossibilitado (a) de exercer suas atividades normais e regulares por estar sob cuidados médicos, durante o período abaixo:

CTO - M. 79.6

Número de dias: 15 a partir de 01/08/12

Número de horas: _____ entre _____ às _____

Juiz de Fora, 01 de agosto de 2012



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para devidos fins e efeitos que

Anderson Lima

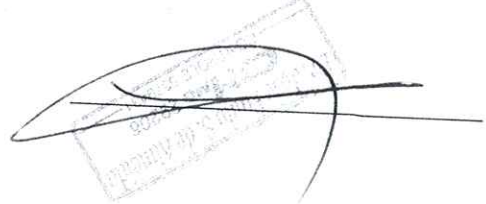
está impossibilitado (a) de exercer suas atividades normais e regulares por estar sob cuidados médicos, durante o período abaixo:

19.08.12 a 18.10.12

Número de dias: 60 a partir de 15, 08, 12

Número de horas: _____ entre _____ às _____

Juiz de Fora, 15 de out de 2012



Rua Dr. Antônio Carlos, 384 - Centro - TEL.: 3215-1022 - FAX: 3214-1328 - CEP 36010-560 - Juiz de Fora - MG

Confere com o original
Em 22/08/2012
Heelen
Responsável

08:42
RECEBIDA
SERVIDOR RESPONSÁVEL



PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

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

Costeja laudo substitui o laudo n° 116467
08/10/12

Nº 120478

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME <i>Anderson Abim</i>		MATRÍCULA <i>2919x601</i>	
ENDEREÇO <i>R. ...</i>		SECRETARIA <i>55</i>	
BAIRRO <i>...</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>23/10/85</i>	TELEFONE <i>3235 5140</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>9023</i>
CARGO <i>...</i>		REGIME JURÍDICO () CLT () ESTATUÁRIO	
EFETIVO NA PJF? <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO		VÍNCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - QUANTOS? <u>1</u>	
		CARGO(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
- READAPTAÇÃO

E APRESENTA:

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

[Assinatura]
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 01, 08, 12 A 15, 08, 12

B) TRATAMENTO DE PESSOAS 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 SIM () NÃO

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

Confere com o original
Em 09/10/12
Leão M. Pereira
Responsável

TRATA-SE DE LICENÇA

INICIAL () PRORROGAÇÃO

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES

() 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 08, 08, 12

[Assinatura]
ASSINATURA DO SERVIDOR

[Assinatura]
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

Município de Juiz de Fora - C. A. Leis
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE AMBIÊNCIA ORGANIZACIONAL
CONTRATO Nº 116467



PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

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

Confere com o original
Em 09/10/12

M. Reis
Responsável

Nº 122378

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME <i>Anderson Almeida</i>		MATRÍCULA <i>29198605</i>
ENDEREÇO <i>Comercio do Sul n.º 629 / Centro</i>		SECRETARIA <i>55</i>
BAIRRO <i>Funilado de marajo</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>03/11/55 28/10/19</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>8083</i>
CARGO <i>Aux do Servico</i>		TELEFONE <i>3235 5140</i>

EFETIVO NA PJF? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VÍNCULO COM A PJF? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	REGIME JURÍDICO () CLT <input checked="" type="checkbox"/> ESTATUÁRIO
CARGO(S) EFETIVO(S) - QUANTOS? <u>1</u>		CARGO(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
- READAPTAÇÃO

E APRESENTA:

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

[Assinatura]
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 16/08/12 A 31/10/12
- B) TRATAMENTO DE PESSOAS 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 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 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 22/08/12

[Assinatura]
ASSINATURA DO SERVIDOR

[Assinatura]
RESPONSÁVEL COM CARIMBO

Romilton Sarh
CIC 117.027.228-7



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 ANDERSON ALVIM portador do R.G. nº M.G. 3.606.408 expedido por _____, data da expedição 31/01/2003 C.P.F. nº 380.456.806-84, 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	DÍGITO AGENCIA	Nº DA CONTA	DÍGITO CONTA
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	<u>BANCO DO BRASK</u>	<u>2592-5</u>		<u>23.097</u>	<u>9</u>
<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.

SUIZ DE FORA 10 DE OUTUBRO
LOCAL E DATA 2012


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.



033-7

Cedente
Vertcon Clube de Seguros - CNPJ/CPF: 07083281000132

Número do Documento
0761412

Nosso Número
000

Sacado
ANDERSON ALVIN

Instruções (termo de responsabilidade do cedente)

JULHO/2012



Santa

CIRT: 01000353300071020002003002600007400040000000000

Recebimento através do cheque nº
do Banco
Esta quitação só terá validade após pagamento do cheque
pelo banco sacado:

Sacador/Avalista:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

26.740.1111111111

Recibo do Sacado

Sacado: ANDERSON ALVIM
Parcela 07

JULHO DE 2012

Corretora: VERTCON ADM. E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Seguradora: AMERICAN LIFE SEGUROS

Cheque nº: X Valor: R\$ 26,74(VINTE E SEIS REAIS E SETENTA E QUATRO CENTAVOS)

Recibo: Declaro que recebi nesta data, a importância acima citada.

Juiz de Fora, 05 de AGOSTO 2012


Vertcon Seguros Ltda



VERTCON SEGUROS LTDA
CNPJ: 01.729.379/0001-38
AV. RIO BRANCO, 2721 - LJ 02
CENTRO - ED. GOLDEN CENTER
JUIZ DE FORA - MG
TEL: (32) 3212-5474