

Oficio-5456/2011

Juiz de Fora, 10 DE MAIO DE 2011
A/C: Departamento de Sinistros
SUELEN

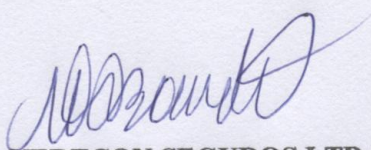
REF; SINERPU

SEG :APARECIDO RIBEIRO PIRES

Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- RG/CPF(CNH)
- COMPROVANTE DE RESIDENCIA
- CAT
- HOLERITE
- DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR.01/03/2011 ATÉ DATA ATUAL
- LAUDOS DE 01/03/2011 A 05/06/2011
- AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO

ATENCIOSAMENTE



VERTCON SEGUROS LTDA
JUIZ DE FORA

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Suelen Andrade 16/05/11

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO	CNPJ
Proprietário	APARECIDO RIBEIRO PIRES		Data Nascimento
RG	Estado Civil	Sexo	MATRÍCULA / RE
			CPF
*Cônjuge			Data Nascimento

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.

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

Ao descer de Caminhão forçou o joelho esquerdo ao pisar no buraco.

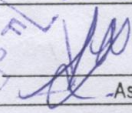

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

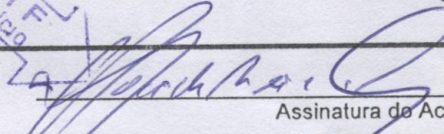
Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.
01/03/2011 9h	DOR no joelho esf, com dificuldade de deambular e restrição funcional no membro inferior esf
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	SIM
Em caso negativo quais foram as causas	entorse do joelho (E)
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?	Nenhuma
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	Sim, 90 dias
O Acidentado teve alta? Em que data?	Não - A perna deu mais dias até 05/06/2011
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	Não
Qual o percentual de redução Funcional?	Ainda em tratamento fisioterápico

Nome do Médico Assistente: ANNA CRISTINA FURTADO DOS SANTOS CRM 15131

Endereço do Médico: Rua Marechal Deodoro, 230, 7º andar Centro SF

LOCAL / DATA: quiz de Fora 18. abril 2011

LOCAL	Data	Assinatura do Acidentado
	27, ABR. 2011	

3212 5474 HGR10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: APARECIDO RIBEIRO PIRES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 285590077 MT MG

CPF: 027.555.856-84 DATA NASCIMENTO: 30/08/1955

FILIAÇÃO: JOSE RIBEIRO PIRES
 ROSA DOS SANTOS PIRES

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB.: D

Nº REGISTRO: 03001875596 VALIDADE: 10/12/2013 1ª HABILITAÇÃO: 24/06/1981



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 098357500

OBSERVAÇÕES:
 A;
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JUIZ DE FORA, MG DATA EMISSÃO: 17/12/2008

ASSINATURA DO EMISSOR: Oliveira Santiago Maciel, Chefe Detran / MG 36118454150 MG953957683

PROIBIDO PLASTIFICAR
 098357500

DETRAN - MG (MINAS GERAIS)

AUTENTICAÇÃO
 Notário do Ofício
 MANINHO FARIA
 CONFERE COM O ORIGINAL
 APRESENTADO COM FÉ

J.FORA 15 ABR 2011

Em Test. de Veracidade
 Gal. Pio X, 73 - Jui. de Fora - MG
 Notário ENY MANINHO FARIA
 VANESSA VILELA DOS SANTOS
 Escrevente

EMOL.: R\$ 3,04
 RECOMP.: R\$ 0,18
 T. JUD.: R\$ 0,01

Selo de Fiscalização
 Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
 Corregedoria Geral de Justiça
 AUTENTICAÇÃO
 BNL 77854

Endereço para devolução: **CSL Brasília - SBS - Qd.1 Lt. 31 Bl. A - Ed. SEDE I - 2º.ss - CEP 70073-900 - Brasília (DF)**

<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Falecido
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Endereço
<input type="checkbox"/> Informação do porteiro / síndico	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado	<input type="checkbox"/> Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em _____

Responsável _____

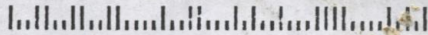


3205 - MANOEL HONORIO - MG 113072104



BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 ANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 NCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 CO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 O DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 O BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL B
 BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BA
 RASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BAN
 ASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANC
 SIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO
 IL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO D
 L BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO D
 BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO B

DOCUMENTO PARA FINS DE DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA



7208043140021900000010942430280211

APARECIDO RIBEIRO PIRES
R AVELINO JACOB SILVA 96 CS 1
GRANJAS BETANIA
36047-410 - JUIZ DE FORA - MG

BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 ANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 NCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 CO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 O DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 O BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
 BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BA
 BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BAN
 RASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANC
 ASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO
 SIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO
 IL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO D
 L BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO D
 BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO B
 BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO B



02190 - 24109424

Central de Atendimento BB: 4004-0001 (capitais) ou 0800 729 0001 (demais localidades) - bb.com.br
SAC 0800 729 0722 - Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 729 0088 - Ouvidoria BB 0800 729 5678

DEMLURB DEPT. MUNICIPAL DE LIMPEZA **Demonstrativo de Pagamento de Salário**

20.430.120/0001-34
RECIBO MENSAL

Referencia: 02/2011

Código Nome do Funcionário CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.
002443 APARECIDO RIBEIRO PIRES 78251 04.03 " 1
MOTORISTA VEIC. PESADO I Letra : E

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
059	INSALUBRIDADE 40%	0,00	256,00	
130	VPNI - I	1,00	76,68	
209	M.H.E. P/ FERIAS 50%	65,00	679,90	
210	M.H.E. P/ FERIAS 100%	4,00	55,72	
007	HORA EXTRA A 50 %	81,50	851,67	
018	SINSEMPU - SEGURO VERTCOM	0,00		33,17
137	SINSEMPU	0,00		15,34
149	ATRAM I	0,00		16,20
230	C.E.F. - EMPRESTIMO	0,00		415,87
221	ATRAM II	0,00		300,03
060	FPSM - FD.PREV.SERV.MUNICIPAL	11,00		211,20
002	IRRF	22,50		185,94
204	INDENIZACAO A DANOS A RECEBER	0,00		190,00

Total de Vencimentos: 1.919,97
Total de Descontos: 1.367,75

08/03/2011 CARNAVAL
SERVIDOR: E OBRIGATORIO COMUNICAR
ACIDENTE TRABALHO AO SEU CHEFE IMEDIATO

Valor Liquido: 552,22

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS. do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.533,54	3.453,79	0,00	0,00	3.073,63	22,50

AUTENTICAÇÃO É VÁLIDA PARA ANVERSO E VERSO

DEMLURB DEPT. MUNICIPAL DE LIMPEZA **Demonstrativo de Pagamento de Salário**

20.430.120/0001-34
RECIBO MENSAL

Referencia: 03/2011

Código Nome do Funcionário CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.
002443 APARECIDO RIBEIRO PIRES 78251 04.03 " 1
MOTORISTA VEIC. PESADO I Letra : F

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO BASE	30,00	1.533,54	
059	INSALUBRIDADE 40%	0,00	258,00	
130	VPNI - I	1,00	76,68	
018	SINSEMPU - SEGURO VERTCOM	0,00		33,17
137	SINSEMPU	0,00		15,34
149	ATRAM I	0,00		16,35
230	C.E.F. - EMPRESTIMO	0,00		415,87
006	CONTRIBUICAO SINDICAL	1,00		62,27
221	ATRAM II	0,00		0,08
060	FPSM - FD.PREV.SERV.MUNICIPAL	11,00		205,50
002	IRRF	7,50		12,27
204	INDENIZACAO A DANOS A RECEBER	0,00		184,00

Total de Vencimentos: 1.868,22
Total de Descontos: 946,78

21-TIRADENTES 22-PAIXAO CRISTO 24-PASCOA
SERVIDOR: E OBRIGATORIO COMUNICAR TODO
ACIDENTE TRABALHO AO SEU CHEFE IMEDIATO

Valor Liquido: 921,44

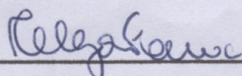
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS. do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.533,54	3.453,79	0,00	0,00	1.662,72	7,50

DECLARAÇÃO

Declaramos que APARECIDO RIBEIRO PIRES, é servidor deste Departamento Municipal de Limpeza Urbana - DEMLURB, admitido em 18/01/1994 na função de MOTORISTA I, o mesmo esta afastado desde o dia 01/03/2011, por Acidente de Trabalho, sendo que o mesmo ainda esta em Perícia Médica não tendo previsão de alta.

Por ser verdade, firmo o presente.

Juiz de Fora, 10 de maio de 2011.



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



Departamento Municipal de Limpeza Urbana



PREFEITURA DE
JUÍZ DE FORA

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT
(ESTATUTÁRIOS)

INSTITUIÇÃO			
NOME DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE LIMPEZA URBANA - DEMLURB			
ENDEREÇO AVENIDA FRANCISCO VALADARES, 1000 - BAIRRO VILA IDEAL			
MUNICÍPIO JUÍZ DE FORA	ESTADO MG	CNPJ 20.430.120/0001-36	CÓDIGO DA ATIVIDADE 3811-4/00

ACIDENTADO			
NOME APARECIDO RIBEIRO PIRES			
ENDEREÇO RUA AVELINO JACOB DA SILVA, 96 - GRANJAS BETHANIA		MUNICÍPIO / ESTADO JUÍZ DE FORA / MG	
DATA DO NASCIMENTO 30 / 08 / 1955	IDADE 55 ANOS	SEXO M	ESTADO CIVIL CASADO
PROFISSÃO MOTORISTA	SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO R\$ 1.533,54	POR <input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> DIA <input checked="" type="checkbox"/> MÊS	CTPS/CARTEIRA DE IDENTIDADE M 1.939.501 - SSP/MG
		REABERTURA DA CAT <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	REINÍCIO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO

ACIDENTE			
DATA DO ACIDENTE 01 / 03 / 2011	HORA 07:00	APÓS _____ HORAS DE TRABALHO	DATA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO 01 / 03 / 2011
LOCAL DO ACIDENTE Av. Francisco Valadares. próx.nº 1000	HOUVE REGISTRO POLICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	OBJETO CAUSADOR	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S) RELATA QUE AO DESCER DO CAMINHÃO TORCEU O JOELHO ESQUERDO AO PISAR NUM BURACO			

TESTEMUNHAS	
NOME <i>Amado José de S. Oliveira</i>	ENDEREÇO RUA. BRAO. DO. RITIRO. No. 130, B. F. I. M
NOME <i>Valdeci Vieira do Paixão</i>	ENDEREÇO R. Otacilio Escrever da Silva 54

ASSINATURA	
Juiz de Fora 14 de Abril de 2011	<i>Amarildo Ruymanzi da Fonseca</i> 1º DIRETOR ADMINISTRATIVO SINSEPRE/JF ASSINATURA E CARIMBO DA INSTITUIÇÃO

LAUDO DE EXAME MÉDICO			
1 - APRESENTAÇÃO DO ACIDENTADO SERVIÇO MÉDICO <i>Dama</i>		DATA 01 03 2011	HORA 9h.
2 - DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES) <i>do no joelho (E), com dificuldade de andar e restrição funcional MIE</i>		3 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL <i>Entorse do joelho (E)</i>	
4 - HÁ COMPATIBILIDADE ENTRE O ESTÁGIO EVOLUTIVO DA(S) LESÃO(ÕES) E A DATA DO ACIDENTE DECLARADA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		5 - HÁ CORRELAÇÃO ENTRE A NATUREZA GRAU E LOCALIZAÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES) E O HISTÓRICO DO ACIDENTE QUE A(S) TERIA(M) PROVOCADO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
6 - REGIME DE TRATAMENTO A QUE DEVERÁ SUBMETTER-SE O ACIDENTADO <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input checked="" type="checkbox"/> AMBULATORIAL		7 - DURAÇÃO DO PROVÁVEL TRATAMENTO 120 DIAS	
8 - O ACIDENTADO FOI HOSPITALIZADO EM _____			
9 - DEVERÁ O ACIDENTADO, DURANTE O TRATAMENTO, AFASTAR-SE DO TRABALHO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		11 - OBSERVAÇÕES	
10 - CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEEXISTÊNCIA AO ACIDENTE <i>Artrrose no joelho (E)</i>		LOCALIDADE Juiz de Fora	DATA 01, 03, 2011
SERVIÇO MÉDICO A QUE FOI ENCAMINHADO			

1ª VIA - DASS - 2ª VIA - SERVIDOR
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE LIMPEZA URBANA
CONFERE COM ORIGINAL
EM 12/03

Confere com o original
15/04/11
Cassiele Falcão Fontes

Dra. Anna Cristina F. dos Santos
CRM-MG 15131
CONTROLE 15131/2000



INSTITUIÇÃO			
NOME DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE LIMPEZA URBANA - DEMLURB			
ENDEREÇO AVENIDA FRANCISCO VALADARES, 1000 - BAIRRO VILA IDEAL			
MUNICÍPIO JUIZ DE FORA	ESTADO MG	CNPJ 20.430.120/0001-36	CÓDIGO DA ATIVIDADE 3811-4/00

ACIDENTADO					
NOME APARECIDO RIBEIRO PIRES					
ENDEREÇO RUA AVELINO JACOB DA SILVA, 96 - GRANJAS BETHANIA				MUNICÍPIO / ESTADO JUIZ DE FORA / MG	
DATA DO NASCIMENTO 30 / 08 / 1955	IDADE 55 ANOS	SEXO M	ESTADO CIVIL CASADO	CTPS/CARTEIRA DE IDENTIDADE M 1.939.501 - SSP/MG	
PROFISSÃO MOTORISTA	SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO R\$ 1.533.54	POR <input type="checkbox"/> HORA <input type="checkbox"/> DIA <input checked="" type="checkbox"/> MÊS		REABERTURA DA CAT <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	REINÍCIO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO

ACIDENTE			
DATA DO ACIDENTE 01 / 03 / 2011	HORA 07:00	APÓS _____ HORAS DE TRABALHO	DATA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO 01 / 03 / 2011
LOCAL DO ACIDENTE Av. Francisco Valadares, próx.nº 1000	HOUVE REGISTRO POLICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	OBJETO CAUSADOR	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S) RELATA QUE AO DESCER DO CAMINHÃO TORCEU O JOELHO ESQUERDO AO PISAR NUM BURACO			

TESTEMUNHAS	
NOME <i>Amarildo Pereira de G. Oliveira</i>	ENDEREÇO RUA BRAS. DO RITIRO, No. 130, B. FIM
NOME <i>Valdeci Vieira do Paixão</i>	ENDEREÇO Rotalvio Esquer do Silva 54

ASSINATURA	
Juiz de Fora 14 de Abril de 2011	<i>Amarildo Raminazzzi da Fonseca</i> 1º DIRETOR ADMINISTRATIVO SINERPUJF ASSINATURA E CARIMBO DA INSTITUIÇÃO

LAUDO DE EXAME MÉDICO			
1 - APRESENTAÇÃO DO ACIDENTADO			
SERVIÇO MÉDICO <i>Dama</i>	DATA 01 03 2011	HORA 9h.	
2 - DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES) <i>do no joelho (E), com dificuldade de andar e restrição funcional MIE</i>		3 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL <i>Entorse do joelho (E)</i>	
4 - HÁ COMPATIBILIDADE ENTRE O ESTÁGIO EVOLUTIVO DA(S) LESÃO(ÕES) E A DATA DO ACIDENTE DECLARADA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		5 - HÁ CORRELAÇÃO ENTRE A NATUREZA GRAU E LOCALIZAÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES) E O HISTÓRICO DO ACIDENTE QUE A(S) TERIA(M) PROVOCADO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
6 - REGIME DE TRATAMENTO A QUE DEVERÁ SUBMETTER-SE O ACIDENTADO <input type="checkbox"/> HOSPITALAR <input checked="" type="checkbox"/> AMBULATORIAL		7 - DURAÇÃO DO PROVÁVEL TRATAMENTO 120 DIAS	
8 - O ACIDENTADO FOI HOSPITALIZADO EM _____, _____, _____ LOCAL <i>Juiz de Fora</i> DATA GHI/AT _____, _____, _____			
9 - DEVERÁ O ACIDENTADO, DURANTE O TRATAMENTO, AFASTAR-SE DO TRABALHO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		11 - OBSERVAÇÕES	
10 - CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEXISTÊNCIA AO ACIDENTE <i>Artrose no joelho (E)</i>		LOCALIDADE <i>Juiz de Fora</i>	DATA <i>01, 03, 2011</i>
SERVIÇO MÉDICO A QUE FOI ENCAMINHADO			

1ª VIA - DASS - 2ª VIA - SERVIDOR

Confere com o original
Em 15/04/11
Daniel Passos Ribeiro
Responsável

Dra. Anna Cristina F. dos Santos
CRM MG 15131
CONTROLE 1541260

Substituição de laudo nº 092267



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 094491

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME Aponecido Ribeiro Pires			MATRÍCULA
ENDEREÇO R. Antônio Jacó da Silva 96			SECRETARIA Demanda
BAIRRO C. Amélia Bethmann	DATA DE NASCIMENTO 30/08/55	TELEFONE 24109600	PRONTUÁRIO Nº 6370

CARGO Motorista	REGIME JURÍDICO () CLT (X) ESTATUTÁRIO
EFETIVO NA PJF? (X) SIM () NÃO	VÍNCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? 1
CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? 7	

MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:	E APRESENTA:
<input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> ATESTADO MÉDICO
<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE	<input type="checkbox"/> EXAMES COMPLEMENTARES
<input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CAT
<input type="checkbox"/> REABILITAÇÃO	

X *[Assinatura]*
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 01/03/11 A 30/03/11

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 () 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 às penalidades previstas na legislação municipal.

EM *[Assinatura]*

AUTENTICAÇÃO
Notário de Juiz de Fora
15 ABR 2011
Em Test. [Assinatura]

REC. COMP. P. R. S. 08
R. S. 08
Selo de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO
BNL 77850

Dra. Anna Cristina F. dos Santos
CRM nº 15131
CONTROLE 7537400



**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 094491

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME <i>Aponecardo Ribeiro Pires</i>			MATRÍCULA
ENDEREÇO <i>R. A. de S. Jardim de Siba 96</i>			SECRETARIA <i>D. Mendonça</i>
BAIRRO <i>Grampas Bethânia</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>30/08/55</i>	TELEFONE <i>3410-9605</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>6575</i>
CARGO <i>Metanista</i>		REGIME JURÍDICO () CLT (x) ESTATUTÁRIO	
ELETIVO NA P.J.F.? (x) SIM () NÃO	VÍNCULO COM A P.J.F.? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <u>1</u>	CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? <u>7</u>	

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
- REABILITAÇÃO

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

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 01/03/11 A 30/03/11
- 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
- () VOLTAR PARA EXAME TRÊS DIAS ANTES DO TÉRMINO DA LICENÇA
- () SER APOSENTADO POR INVALIDEZ A PARTIR DE ___/___/___
- () ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO
- (x) ENCAMINHADO AO INSS
- (x) 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 ___/___/___

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO SERVIDOR

Dra. Anna Cristina F. dos Santos
CRM nº 15131
CONTROLE 7537409

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 AMBIÊNCIA ORGANIZACIONAL

Nº 093423

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME <i>Aparecida Ribero Pires</i>		MATRÍCULA	
ENDEREÇO <i>Av. Lima Gonçalves da Silva 96</i>		SECRETARIA <i>DEMLURB</i>	
BAIRRO <i>Granny Bethânia</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>30/08/55</i>	TELEFONE <i>8410-9603</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>6575</i>
CARGO <i>Motorista</i>		REGIME JURÍDICO () CLT (x) ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJJ? (x) SIM () NÃO	VINCULO COM A PJJ? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <u>1</u>	CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? <u>0</u>	

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
 REABILITAÇÃO

- 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 05, 04, 11 A 05, 06, 11
 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: () SIM () NÃO

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

TRATA-SE DE LICENÇA

() INICIAL () PRORROGAÇÃO

**DEPARTAMENTO MUNICIPAL
DE LIMPEZA URBANA
CONFERE COM ORIGINAL**
EM 27 / 04 / 11
[Assinatura]
Cristina Maria Machado Gomes Faria
Chefe da Divisão de Planejamento e Controle
DEMLURB

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

- () O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES () ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO
 () VOLTAR PARA EXAME 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 art. 91 da Lei 8710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita as penalidades previstas na legislação municipal.

EM 11/11

[Assinatura]
ASSINATURA DO SERVIDOR

08/04/11
**CLÍNICA MÉDICA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM 13592**
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

471

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 Aparecido Ribeiro Pires, 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:

B. BRASIL

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO					
	BANCO (NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO AGÊNCIA	Nº DA CONTA	DÍGITO CONTA
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	<u>Brasil</u>	<u>3205</u>	<u>0</u>	<u>28.860</u>	<u>8</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.

10-05-2011

LOCAL E DATA

Aparecido Ribeiro Pires
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.

4984 5330 6599 9601
10/14
APARECIDO R PIRES
3205-0 28.860-8