

Ofício 202/017

Juiz de FORA 22 DE AGOSTO 2017

A/C: Departamento de Sinistros

DEMLURB

Visando dar entrada no Sinistro de DIT conforme documentação anexa:

CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIM

AVISO DE SINISTRO

CAT

RG CPF

COMPROVANTE RESIDENCIA /DECLARAÇÃO

HOLERITE

DECLARAÇÃO EMPREGADOR

SUMARIO DE ALTA

AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO

RX

DMH 20,95

ATENCIOSAMENTE

  
VERTCON SEGUROS LTDA  
JUIZ DE FORA



VERTCON  
Clube de Seguros

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:				SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIM				Data Nascimento 14 de 80
RG	Estado Civil	Sexo	MATRICULA / RE	CPF 043.597.466-20	Natural de
Cônjuge					Data Nascimento

#### LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.

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

AO SEGERAR O FERRO DO CAMINHÃO DA ECLETA DO LIXO, O 3º DO DO MÃO DIREITA FICOU Prensado VINDO A TER FATURA EXPOSTA.

#### RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento 02/08/17 2hs	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos. fratura exposta da extrínseca distal 3º dedo em (D).	
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	Sim.	
Em caso negativo quais foram as causas	_____	
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao acidente? Qual?	NÃO	
Houve a necessidade de afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	Sim. 57 dias	
O Acidentado teve alta? Em que data?	Sim. 27/09/17	
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	NÃO	
Qual o percentual de redução Funcional?	_____	
Nome do Médico Assistente.	MARCIO GRILLO DE BRETAS	CRM 7683
Endereço do Médico.	Rua Constantino Pereira, 134	
LOCAL / DATA	Juiz de Fora, 20/10/17	Assinatura do Médico sob carimbo MARCIO GRILLO DE BRETAS Médico do Trabalho CRM/MG 7683

ORMINDOL  
MAIA

LOCAL	Data	Assinatura do Acidentado Carlos Augusto de O. Canim
-------	------	--

ORMINDOL  
MAIA

TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Av. Barão do Rio Branco, 2380 - Centro - Juiz de Fora - MG - Tel.: 3215-3118

Reconheço a(s) Firma(s) por Autenticidade. CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIM. Em Teste. da verdade.

ENOL 4,53 TF 1,49 RECORPEO,27 TOTAL: R\$ 6,29  
Juiz de Fora - MG, 23/10/2017 - 17:24  
FERNANDO DE ANDRADE MAIA - TABELIAO  
TABELION. SUBSTITUTOS OFÍCIO DE NOTAS  
LUIZA D. R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE  
CARLOS A. DE ALMEIDA - ARILDES MACEDO  
JULIANA C. CAMPOS - ESCRIVENTE AUTORIZADO



TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Av. Barão do Rio Branco, 2380 - Centro - Juiz de Fora - MG - Tel.: 3215-3118

Reconheço a(s) Firma(s) por Semelhança. MARCIO GRILLO DE BRETAS. Em Teste. da verdade.

ENOL 4,53 TF 1,49 RECORPEO,27 TOTAL: R\$ 6,29  
Juiz de Fora - MG, 20/10/2017 - 16:43  
FERNANDO DE ANDRADE MAIA - TABELIAO  
TABELION. SUBSTITUTOS OFÍCIO DE NOTAS  
LUIZA D. R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE  
CARLOS A. DE ALMEIDA - ARILDES MACEDO





**CAIXA**



CTC BELO HORIZONTE MG PL10  
CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA CANIN  
R WALDYR MARTINS DE OLIVEIRA 00190  
SAO JUDAS TADEU  
36087-610 JUIZ DE FORA - MG



7211307021 98387 21000001402 30 110917  
Vencimento: 01/01/0001 Postagem: 11/09/2017 Emissão: 11/09/2017

ASSINATURADO ENTREGADOR Nº		<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO
REINTEGRADO SERVIÇO POSTAL:	DATA	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NUMERO INDICADO
		<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE
PARAUSO DO CORREIO		<input type="checkbox"/> MUDOU-SE
		<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO
		<input type="checkbox"/> AUSENTE
		<input type="checkbox"/> FALCIDO
		<input type="checkbox"/> INF. ESCRITAPPELO PORTEIRO/ SINDICO
REMETENTE: DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO RUA GRANDES LAGOS, 167 JARDIM REGINALICE - BARUERI / SP CEP - 06412-090		



AUTO-ATENDIMENTO - manchester  
DATA: 20/10/2017 HORA: 16:42:51  
TERMINAL: 01261047 CONTROLE: 012610470181

CAIXA ECONOMICA FEDERAL DATA: 20.10.2017 - 16,42

FOPAG DEMLURB  
CNPJ: 020.430.120/0001-36  
MES/ANO DE REFERENCIA: 08/2017

Nome: CARLOS AUGUSTO OLIVEIRA CANIN  
Cargo: AUXILIAR DE SERVICOS  
Letra: D

Cod	Vencimentos	Unid	Valor
00001	SALARIO BASE	1	1157,26
00380	ADC PART.COL.RES -A	65,00	526,55
00700	HORA EXTRA 50%	44	347,18
00820	ADICIONAL NOTURNO	96	126,25
00890	INSALUBRIDADE 40%		381,52

Total de Vencimentos: 2.538,76

Cod	Descontos	Unid	Valor
00002	IRRF	7,5	9,62
00018	SINSERPU - SEGURO V	08/2017	20,25
00020	SINSERPU - JF / CON	08/2017	41,90
00060	FPSM - FD.PREV.SERV	11	127,30
00156	KIT LANCHE	0	3,00

Total de Descontos: 202,07

Total Liquido: 2.336,69

Sal. Base	Base IRRF	Aliq IRRF
0,00	2.411,46	0,00
Base FPSM	Base FGTS	Val. FGTS
1.157,26	0,00	0,00

SENHA PARA SERVICOS NA INTERNET: 55406033  
SITE: www.demlurb.pjf.mg.gov.br

F311E,93A56.3D358.96B96



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO (CAT)

nr. 3285

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:

Carlos Augusto Oliveira Camin

ENDEREÇO (RUA, N.º, CIDADE):

Rua - Antonio Moraes Lopes nº 190 - São João Taden / Juiz de Fora - MG

DATA DO NASCIMENTO

14/01/1980

IDADE:

37 ANOS

SEXO:

MASC

ESTADO CIVIL:

CASADO

CTPS / CARTEIRA DE IDENTIDADE:

MG 8819850

PROFISSÃO:

Auxiliar de Serviços

SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO:

1.538,78

REABERTURA DA CAT:

SIM  NÃO

POR:

HORA  DIA  MÊS

REINÍCIO TRATAMENTO:

SIM  NÃO

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE:

02/08/2017

HORA:

18h40min

SETOR DO ACIDENTADO:

Rota Azul

DATA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO:

02/08/2017

TIPO DE ACIDENTE:

Trabalho

LOCAL DO ACIDENTE:

Bairro Sta. Catarina

HOUVE REGISTRO POLICIAL?:

SIM  BO Nº \_\_\_\_\_ NÃO

OBJETO CAUSADOR:

Pressão do Caminhão

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):

Segundo relato do servidor ao seguir o fecho do caminhão, a pressão atingiu o 3º dedo da mão ficando causada ferimento corte contuso

TESTEMUNHAS

NOME:

Carlos Alberto da Silva

ENDEREÇO:

R. Fr. Valadares nº 1000

NOME:

—

ENDEREÇO:

—

LAUDO DE EXAME MÉDICO

1 - Apresentação do Acidentado

HPS

serviço médico

02/08/17

data

hora

2 - Descrição da(s) lesão(ões)

fratura exposta

3 - Diagnóstico provável

fratura digital 3º DI

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?

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

Hospitalar  
 Ambulatorial

7 - Duração provável do tratamento:

50 dias

8 - O acidentado foi hospitalizado em:

02/08/17

data

local

/ /

data GIH/AT

9 - Deverá o acidentado, afastar-se do trabalho?

SIM  DIAS  NÃO

11 - Observações:

10 - Condições patológicas preexistentes ao acidente:

CONFERE COM ORIGINAL  
EM 20/10/2017

Localidade:

Juiz de Fora

Data:

16/08/17

MÉDICO DE ATENDIMENTO: Cassiano de Souza Silva Dias

Ortopedia - Traumatologia

Serviço médico a que foi encaminhado:

HPS / SUS / UF

# DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS  
FIMS QUE NA CAT ESTÁ  
UM ENDEREÇO E O MEU ENDEREÇO  
É O QUE ESTÁ SENDO ENVIADO.  
EM ANEXO PCLIS O DA CAT É  
ENDEREÇO DO MEU PAI.

SUBSCRITA, 23/10/17.

Carlos Augusto do O. Guimarães



Juiz de Fora, 20 de outubro de 2017.

## DECLARAÇÃO

Declaramos que **CARLOS AUGUSTO OLIVEIRA CANIN**, é servidor deste Departamento Municipal de Limpeza Urbana - **DEMLURB**, admitido em 28/08/2007 na função de **AUXILIAR DE SERVIÇOS(ROTAS)**, o mesmo ficou afastado em Acidente de Trabalho, desde o dia 02/08/2017, fazendo um total de 56(Cinquenta e Seis dias), sendo que o mesmo já retornou ao trabalho no dia 27/09/2017.

Atenciosamente,

Por ser verdade, firmo o presente.

Cristina Faria Magalhães Faria  
Chefe de Divisão de Planejamento e Controle  
DEMLURB

20430120/0001-36  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE  
LIMPEZA URBANA DEMLURB  
AV. FRANCISCO VALADARES, 1000  
VILA IDEAL CEP 36020-420  
JUIZ DE FORA - MG



Hospital de Pronto Socorro  
Dr. Mozart Geraldo Teixeira

PRONTUÁRIO:

CONTA:

PACIENTE:

ALA OU ENFERMARIA:

LEITO:

CONVÊNIO:

INTERNAÇÃO:

Carlos Augusto de Oliveira

302

### SUMÁRIO DE ALTA

1 - DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

Futura exoste 3º dedo m. D

2 - DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Ossos

3 - CIRURGIA REALIZADA:

DATA DA CIRURGIA:

Placa angular futura  
exoste

02/08/12

4 - MEDICAÇÃO USADA NO PERÍODO DA INTERNAÇÃO:

cefazolin

5 - EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS:

OK

6 - COMPLICAÇÕES DURANTE A INTERNAÇÃO:

HPS/SUE/SS

7 - MEDICAÇÃO PRESCRITA PARA SER USADA APÓS A ALTA:

Apesar melano pl. de 09/08/12  
bje @ P.M. Marchetti

DATA DA INTERNAÇÃO:

02/08/12

DATA DA ALTA:

03/08/12

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

Dr. Leonardo de Castro  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-MC 38347



**American Life Companhia de Seguros**  
 Av. Angelica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220  
 CNPJ.: 67.865.380/0001-27  
 Fone: (11) 3017-0022 - Fax: (11) 3017-0020

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO EM CONTA-CORRENTE/POUPANÇA**

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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar no recebimento da indenização no banco.

Beneficiário: CARLOS AUGUSTO O. CAMIN

Portador do R.G. nº M. 8.819.850, expedido por \_\_\_\_\_, na data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, e

C.P.F. nº 043.597.406-10, CNPJ nº \_\_\_\_\_ na

qualidade de beneficiário (a) do valor referente a indenização do seguro de vida da vítima \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora \_\_\_\_\_ a efetuar o respectivo pagamento / crédito,

de acordo com a forma abaixo indicada :

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

**FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO (Indicar apenas um tipo)**

	BANCO (NOME E NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DIGITO	Nº DA CONTA CORRENTE	DIGITO
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE					
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA	<u>CAIXA</u>	<u>1536</u>	<u>013</u>	<u>00143004</u>	<u>0</u>
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CONJUNTA					
Telefone (DDD+ Nº)		E-mail:			

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

**Obs.: O preenchimento deste formulário não é garantia de pagamento de indenização**

J. Ferra 23/10/17  
 LOCAL E DATA

Carlos Augusto de O. Camin  
 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 a devolução do crédito.



TCR E RADIOTEC  
CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA 172  
02-08-2017 08:53:32PM



TCR E RADIOTEC  
CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA 172  
02-08-2017 08:52:38PM





JUIZ DE FORA

RECEITUÁRIO MÉDICO

STUS  
Juiz de Fora

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME:

Carlos Augusto Oliveira Cavini  
uso infuso:

1) Cefalexina 500mg os caixas  
Tomar os caixas de 6/6h  
por os dias

2) Nisuld 100mg os caixas.  
Tomar os caixas de 12/12h  
Se com

Agendar refuso P/ via  
05/08/17 na loja @ PAM marchef

DR. TORQUATO DE CASTRO  
ORÇANISTA E TERAPISTA  
FARMACOLÓGICO  
CLÍNICA DE NEURÓLOGIA / CARIMBO DO MÉDICO

03/08/17  
DATA

DROGARIA FARMALÉIA ME  
 AV. BARÃO DO RIO BRANCO, 228 - JARDIM SÃO CARLOS - CENTRO  
 JUIZ DE FORA - MG - CEP: 36010-000  
 CNPJ: 21.899.859/0001-54  
 IE: 002511756.00-78  
 16/08/2017 20:18:30 CCF: 075304 CDD: 082074  
**CUPOM FISCAL**  
 ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT (R\$) ST VL ITEM (R\$) S  
 001 7896523212685 NIMESULIDA 100MG 12 COMP CTMED  
 1UN X 18,02 18,024  
 2 7891808364798 ESPARAO CREMER 1,2 X 4,5 1CX F1 2,936  
 Subtotal R\$\$ 20,95  
 desconto -13,25  
 TOTAL R\$\$ 7,70  
 Dinheiro 20,00  
 TROCO R\$\$ 12,30  
 MD-5:857F2EE9478A39EF16AAD08BF9196DA1  
 PV: 000025402 / Vend. 140 - WELINTON LOPES DA SIL  
 MINAS LEGAL : 21899859000154 16082017 773  
 VLR APROX TRIBUTOS :  
 Federais: 1,04 - Estaduais: 0,58  
 DROGARIA SOUZA (32) 3228-8750  
 PRAZO DE TROCA 10 DIAS COM CUPOM FISCAL  
 NÃO EFETUAMOS TROCA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS  
 FMDVFGS FMRICUAV PCOPLDRH FEEDOBOT AGLTFTRF4TJ  
 BENATECH MP-4000 TH FI ECF--IF  
 VERSÃO: 01.00.02 ECF: 005 LJ: 0001  
 Q000000000RYPERTM 16/08/2017 20:18:34  
 FAB: BE091610100011295763

BR