

Ofício 912/2011

Juiz de Fora, 20 DE SETEMBRO DE 2011

A/C: Departamento de Sinistros

SUELEN

REF; SINSERPU

SEG :CLAUDOMIRO MACHADO DA SILVA

Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- RG/CPF
- COMPROVANTE DE RESIDENCIA ORIGINAL/DECLARAÇÃO
- HOLERITE
- ATENDIMENTO DE URGENCIA
- DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR.
- ATESTADO DE 15 DIAS
- LAUDO DE 17/07/2011 A 29/09/2011
- AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO
- 02 RX

ATENCIOSAMENTE

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.  
*Suelen Andrade* 27/09/2011

  
VERTCON SEGUROS LTDA  
JUIZ DE FORA



UNIDADE DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL**

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	CLAU DOMIRE MACILAN DA SILVA		Data Nascimento 13.01.73.
RG	Estado Civil	Sexo	MATRÍCULA / RE
			CPF
Cônjuge			Data Nascimento

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA. **JF // 17/07/11**

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

**Artralgia pós-traumática em joelho esquerdo secundária a queda. Estava jogando bola quando vim a cair e ferir o joelho.**

**RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE**

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento <b>17/07/11</b>	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos. <b>Dor e edema em joelho E</b>
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	<b>Possivelmente sim</b>
Em caso negativo quais foram as causas	_____
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?	<b>Não</b>
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	<b>sim</b>
O Acidentado teve alta? Em que data?	<b>19/07/11</b>
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	<b>Não</b>
Qual o percentual de redução Funcional?	_____
Nome do Médico Assistente.	<b>Samuel Lopes Mendes (Médico ortopedista)</b>
Endereço do Médico.	<b>CRM 45083</b>
LOCAL / DATA	<b>16.09.11</b>
	<b>Dr. Samuel Lopes Mendes</b> <b>CRM 45083</b> Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL: **BESSA COELHO**      Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Acidentado: \_\_\_\_\_

**RECONHECIMENTO DE FIRMA**

Reconheço por semelhança a(s) firma(s):  
**SAMUEL LOPES MENDES**  
 Juiz de Fora, 19/09/2011 15:14:52 8728

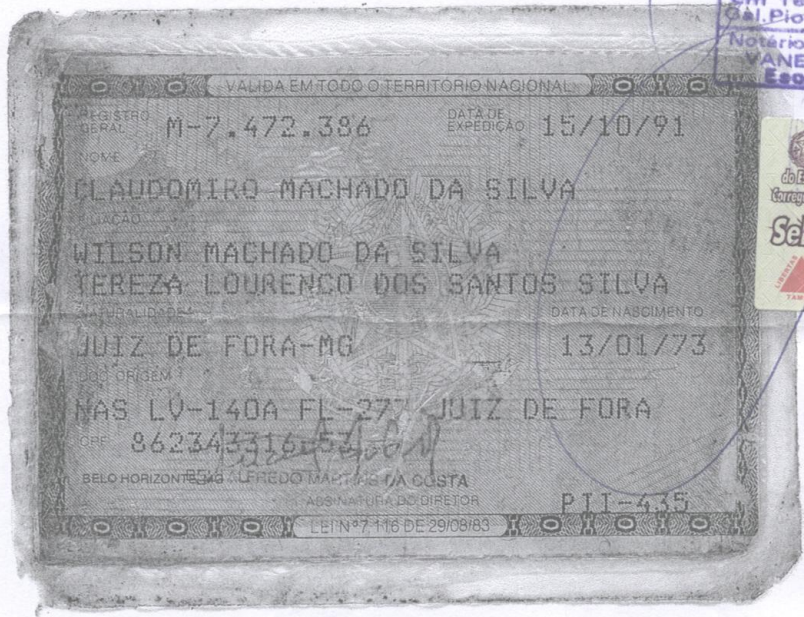
Em testemunho \_\_\_\_\_

**Aldo Manoel Saraiva de Faria**  
 Emol.: R\$3,22 Fundo Jud. R\$1,01 Taxa: R\$4,23

**Selo de Fiscalização**  
**RECONHECIMENTO DE FIRMA**  
**BBY 08191**



**AUTENTICAÇÃO**  
Notário do OROO  
MANNHO FAISA  
CONFERE COM O ORIGINAL  
APRESENTADO DOU FE  
J.FORMA  
19 SET 2011  
MG  
Em Test. de Verdade  
GAL.Pic X 70 Juiz de Fora-MG  
Notário: ENY ANTONIA FAHA  
VANESSA MILELA SANTOS  
Escritório Autorizada



Posta Autuário  
do Estado de Minas Gerais  
Corregedoria Geral de Justiça  
**Selo de Fiscalização**  
**AUTENTICAÇÃO**  
BPZ 49815

EMOL.: R\$ 3,00  
RECOMP.: R\$ 0,10  
T. JUD.: R\$ 1,00

# DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que eu, Claudomiro Machado da Silva, residente a R: Osvald Kelmer Filho 40 Bairro da Costa, Jaz de Fera M.G.

não penso comprando de residência em meu nome, pois moro com meus pais.

Jaz de Fera, 2o setembro 2011-





CEMIG DISTRIBUIÇÃO S.A.  
CNPJ 06.981.180/0001-16  
Inscr. Estadual 062.322136.0087  
Av. Barbacena, 1200 - 17º Andar - Ala A1  
Santo Agostinho - CEP 30.190-131  
Belo Horizonte - MG - Brasil

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica

Série: U1 NF:000008669

Controle:

00407/10091D00D1/0188

Emissão: 10/08/2011 Impressão: 10/08/2011

Emissão autorizada pelo R-gime Especial/PTA Nº 18.000114527.70 - SEF/MG

TEREZA LOURENCO DOS SANTOS  
SILVA  
R OSCAR KELMER FILHO 10 CX

Nº DO CLIENTE: 7005449795

VILA OLAVO COSTA  
JUIZ DE FORA - MG  
CEP 36021-180

Nº da Instalação	Medição	Classificação
3002550023	ABG069092498	Residencial Monofásico
Datas de Leitura		Data de Referência a:
Anterior	Atual	Próxima
11/07	10/08	12/09
		Apresentação
		10/08
		AGO/11

Informações Técnicas				
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual	Constante de Medição	Consumo
Energia Elétrica	1718	1718	1	0

VALORES FATURADOS			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor R\$
Custo de Disponibilidade			4,13
ENCARGOS/COBRANÇAS			
Descrição			Valor R\$
Cobrança da Conta de Energia de 07 / 2011			4,45
Energia até 30 kWh	Tarifas Aplicadas (sem impostos)	0,12947000	



CPF: 817.136.736-49

RESERVADO AO FISCO

DDB3.ABBC.5AD3.1022.9E5D.EFAB.705B.78BE

ICMS	PASEP	COFINS
Base de Cálculo (R\$):	Valor(R\$):	Valor(R\$):
Alíquota:	R\$0,04	R\$0,21

Informações de Faturamento			VENCIMENTO	VALOR A PAGAR
Parcela	Valor - R\$	%	03/09/2011	R\$8,58
Energia	0,00	0,00	Indicadores de Qualidade de Fornecimento	
Distribuição	0,00	0,00	Jul de Fora 27	
Transmissão	0,00	0,00	08/2011	
Encargos Setoriais	0,00	0,00	Apurado Mensal	
Tributos	0,00	0,00	Valores Permitidos	
Total	0,00	0,00	Mensal Trimestral Anual	
			DIC 0,00 4,47 8,95 17,91	
			FIC 0,00 9,11 6,22 12,45	
			DMIC 0,00 2,48	
			Tensão: Nominal=220/127 V Min.=201/110 V Max.=231/133 V	
			Valor Encargo de Uso do Sist. Distribuição: R\$ 2,48	

Histórico do Consumo				REAVISO DE CONTAS VENCIDAS / DÉBITOS ANTERIORES					
Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/dia	Dias de Faturamento	Até 10/08/2011 constava(m) pendente(s) o(s) débito(s) que sujeita(m) a unidade consumidora à suspensão do fornecimento de energia elétrica após a(s) data(s) discriminada(s):					
JUL/2011	0	0,00	32	DÉBITOS					
JUN/2011	0	0,00	29	Mes/Ano	Valor R\$	Prev.Corte	Mes/Ano	Valor R\$	Prev.Corte
MAR/2011	0	0,00	30	JUN/2011	18,88	Imediata			
ABR/2011	0	0,00	31	A religação estará condicionada à inexistência de débitos vencidos de sua responsabilidade.					
MAR/2011	0	0,00	30						
FEV/2011	0	0,00	29						
JAN/2011	0	0,00	33						
DEZ/2010	0	0,00	29						
NOV/2010	0	0,00	30						
OUT/2010	0	0,00	31						
SET/2010	0	0,00	31						
AGO/2010	0	0,00	32						

**Informações Gerais**  
Tarifa vigente conforme Res Aneel nº 1127, de 05/04/11.  
Faturamento pela tarifa social desconto de R\$ 7,81  
Isenção ICMS: Decreto Nº 43.080/02, Anexo I, Item 79A.  
Conforme Resolução ANEEL nº 398, de 23/02/2010,  
encontra-se disponível no nosso site WWW.CEMIG.COM.BR  
as demonstrações contábeis relativas ao ano anterior.  
CONFORME DISPOSTO NA LEI 12.212/2010, PARA MANUTENÇÃO  
DO BENEFÍCIO DA TSEE - TARIFA BAIXA RENDA - VOCÊ DEVERÁ  
INFORMAR NO FALÉ COM A CEMIG, ATRAVÉS DO NÚMERO 0800  
721 7003, O NÚMERO DE INSCRIÇÃO SOCIAL - NIS.  
Há débitos anteriores.

**CÓDIGO DE DÉBITO AUTOMÁTICO**  
000025500232

www.cemig.com.br  
Agência Virtual  
Fale com a Cemig 116  
atendimento@cemig.com.br  
Caso este número não esteja disponível  
na sua cidade, ligue: 0800 7210 116

**OUVIDORIA CEMIG:**  
(31) 3506 - 3838

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167  
Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada na  
origem para telefones celulares

	UNIDADE DE LEITURA: 07074720	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Distribuição S.A.	CONTA/CONTRATO *****	**/**/****	*****
REFERENTE A:	AGO/11	Nº DA INSTALAÇÃO:	3002550023

\* ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO É VÁLIDO PARA PAGAMENTO \*\*\*  
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor acima será somado ao da sua próxima conta, sem multa ou acréscimo.

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO DE SALARIO

DEMLURB-Depto. Municipal de Limpeza Urbana

Referencia : 07/2011

Matricula : 002303

Letra : E

Servidor : CLAUDOMIRO MACHADO DA SILVA

Cargo : COLETOR DE LIXO

Cod!	Vencimentos	Unid!	Valor!
001	SALARIO BASE	30,00	736,96
059	INSALUBRIDADE 40%		263,16
130	VPNI - I	2,00	73,70

Total de Vencimentos : 1.073,82

Cod!	Descontos	Unid!	Valor!
018	SINSERPU - SEGURO VERTCON		25,25
137	SINSERPU		7,37
145	GREMIO RECREATIVO I		5,92
149	ATRAM I		16,35
156	KIT LANCHE		3,00
480	BMG - EMPRESTIMO		148,49
336	SINSERPU - EXTRA MAT.ESCOL		40,00
020	SINSERPU - JF / CONVENIOS		43,98
221	ATRAM II		37,35
610	POLICARD - ALIMENTACAO		57,50
060	FPSM - FD.PREV.SERV.MUNICI	11,00	118,12

Total de Descontos : 503,33

Total Liquido : 570,49

Sal. Base	BaseIRRF	AliqIRRF	BaseFPSM
736,96	640,76	0,00	1.073,82
Base FGTS	Valor FGTS		
0,00	0,00		

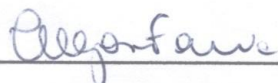
Veja as informações no verso deste comprovante.

## DECLARAÇÃO

Declaramos que **CLAUDOMIRO MACHADO DA SILVA**, é servidor deste Departamento Municipal de Limpeza Urbana - **DEMLURB**, admitido em 20/01/1992 na função de **AUXILIAR SERVIÇOS (ROTAS)**, o mesmo esta afastado desde o dia 17/07/2011, e está afastado até o dia 29/09/2011, sendo que o mesmo ainda não teve alta médica e que não retornou as suas atividade laborativas.

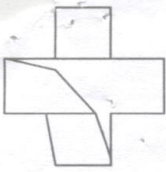
Por ser verdade, firmo o presente.

Juiz de Fora, 20 de setembro de 2011.



---

**Cristina maria Machado Gomes Faria**  
**Chefe da Divisão de Planejamento e Controle**



**SUS** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) Claudio  
Ambrósio Machado da Silva PORTADOR DA CARTEIRA  
PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_ SÉRIE \_\_\_\_\_ NECESSITA  
DE 15 ( quinze ) DIAS DE AFASTAMENTO DO  
TRABALHO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.  
CID \_\_\_\_\_

MPS  
UNIDADE

zfore, 17/02/11  
LOCAL E DATA

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

ASSINATURA DO MÉDICO/DENTISTA  
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO CRM/CRO)

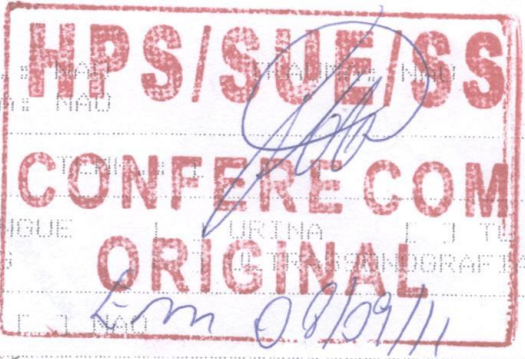
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES  
PREVISTAS NO ARTIGO 27 DE CLPS, APROVADA PELO  
DECRETO Nº 89.312 DE 23/01/84, E RESOLUÇÃO  
CFM - 1190/84 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA  
DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



No. DO BE: 529853 DATA: 17/07/2011 HORA: 15:37 USUARIO: GEISIELE  
CNS: SETOR: 09 - F.A. TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLAUDOMIRO MACHADO DA SILVA DOC...: M/4/2386  
IDADE.....: 38 ANOS NASC: 13/01/1973 SEXO...: MASCULINO  
ENDereco.....: RUA OSCAR KELMER FILHU NUMERO: 13  
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: FURTADO DE MENEZES  
MUNICIPIO.....: JUIZ DE FORA UE: MG CEP...: 36040-120  
NOME PAI/MAE...: WILSON MACHADO DA SILVA /TEREZA LOURENCO DOS SANTOS SIL  
RESPONSAVEL...: CS 203380980750002 O PROPRIO TEL...: 3235-6624  
PROCEDENCIA...: FURTADO DE MENEZES - BAIRRO  
ATENDIMENTO...: QUEDA DA PROPRIA ALTURA  
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO



PA: [ ] X mmHg [ ] PULSO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] OUTROS (ESPECIFICAR)

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

DADOS CLINICOS:

*Handwritten clinical notes:*  
Queixa principal de dor no abdome em hipogastrio  
de inicio súbito, de natureza cólica, em ondas  
que se irradiam para a região lombar esquerda.  
Nao há vômito, febre ou alteração de hábito intestinal.  
Nao há trauma recente.

DIAGNOSTICO: *Handwritten:* Síndrome de intestino irritável CID: *Handwritten:* R25

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

*Handwritten prescription:*  
Até 7 dias do H. Pronto (U.S.)  
Receita de 10 comprimidos de cimetidina 300mg  
em 10 dias, 1 comprimido 3 vezes ao dia.  
Cimetidina 300mg + 30 c/30 paracetamol 325mg

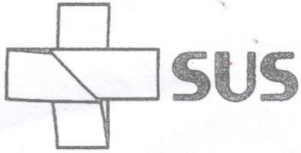
DATA DA SAIDA: 17/07/11 HORA DA SAIDA: 15:37

ALTA: [X] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] A REVELIA [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

*Handwritten signature:* Maria Aparecida  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

*Handwritten signature and stamp:* Dr. Samuel Lopes Mendes  
15783  
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - JUIZ DE FORA  
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

PACIENTE:

Nome: Claudio Roberto Machado

Idade:    (A)nos / (M)eses / (D)ias Sexo  M/F Cor

(B)RANCO  
(N)EGRO  
(P)ARDO  
(O)UTRO

Serviço:  N° Prontuário:

18/7/11 - Paciente apresentando  
melhora da dor e edema na  
junta @.  
Paracetol amelia

~~Dr. Leonardo de Castro  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-MG 38047~~

19/07/11. Paciente está  
apresentando melhora da  
dor e edema  
cs: Repose  
Cefaléia + Dificuldade  
Pulso Maxilar

17/7/11 no PPI novel  
Dr. Leonardo de Castro  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-MG 38047

**HPS/SUE/SS**  
**CONFERE COM**  
**ORIGINAL**  
Lm 08/09/11



**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 099195**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME <i>Blaudomiro Machado da Silva</i>		MATRÍCULA	
ENDEREÇO <i>R. Oscar Kellman Filho 10</i>		SECRETARIA <i>Damora</i>	
BAIRRO <i>Olavo Bentes</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>13/10/1973</i>	TELEFONE <i>88266833</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>6352</i>

CARGO <i>loqueiro</i>		REGIME JURÍDICO ( ) CLT (X) ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF? (X) SIM ( ) NÃO	VINCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <i>1</i>	CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? <i>0</i>	

**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
- SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
- EXAMES COMPLEMENTARES
- OUTROS \_\_\_\_\_

*[Signature]*  
ASSINATURA DO SERVIDOR

**LAUDO**

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE *15/07/11* A *31/07/11*
- 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

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*[Signature]*  
ASSINATURA DO SERVIDOR

*[Signature]*  
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 100610

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME <i>Raondomiro Abelardo da Silva</i>		MATRÍCULA
ENDEREÇO <i>Rua Kelmer Filho 10</i>		SECRETARIA
BAIRRO <i>Grão Costa</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>13/01/73</i>	TELEFONE <i>526.6838</i>
		PRONTUÁRIO Nº <i>63521</i>

CARGO <i>Coletor</i>		REGIME JURÍDICO ( ) CLT (X) ESTATUTÁRIO
EFETIVO NA P.J.F.? (X) SIM ( ) NÃO	VINCULO COM A P.J.F. CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <i>01</i>	CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? <i>0</i>

**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 *Início*
- 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, 11* A *29, 09, 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 (X) NÃO

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

TRATA-SE DE LICENÇA

( ) INICIAL (X) PRORROGAÇÃO

APÓS 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

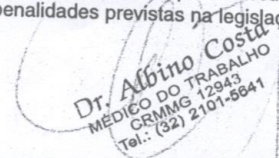
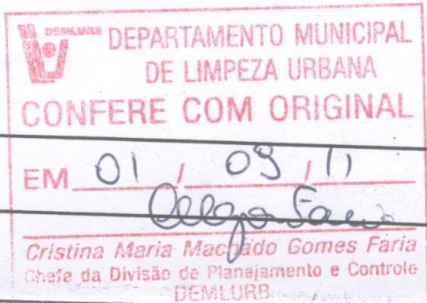
**DECLARAÇÃO (Portaria nº 108 - Sarh, de 25/07/2005)**

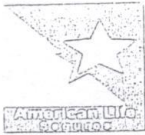
Declaro que durante o período de Licença por Motivo de Saúde, não exercerei outra atividade remunerada, estando ciente de que o descumprimento da norma estabelecida no § 3º do art. 91 da Lei 8710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita as penalidades previstas na legislação municipal.

EM *29, 08, 11*

*[Assinatura]*  
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 Claudemir machado da silva, 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 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>28896</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.

Luiz de Paiva 19 de Junho de 2011

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.