

**American Life Companhia de Seguros**Av. Angélica, 2029 - Santa Cecília - São Paulo - SP - CEP 01227-200
Fone: (11) 3258-0022 - Fax: (11) 3231-4446 - CNPJ 67.865.360/0001-27**AVISO DE SINISTRO
VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES
PESSOAIS**

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE							
ESTIPULANTE/EMPREGADOR <i>Prefeitura Municipal de Estância</i>				APÓLICE Nº			
SEGURADO <i>Creencia Goulart Rodrigues</i>		CAUSA <i>14.02.63</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>14.02.63</i>		PROFISSÃO <i>meleirista</i>	
SINISTRO DE ☐ MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ PROFISSIONAL ☐ NATURAL ☐ DOENÇA ☐ ACIDENTE		DATA ADMISSÃO <i>12.05.98</i>		ÚLTIMO DIA TRABALHADO <i>17/07</i>		ESTADO CIVIL <i>casada</i>	
ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? ☐ SIM ☒ NÃO		EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO					
De <i>___/___/___</i> a <i>___/___/___</i>		Motivo : <i>___</i>					
De <i>___/___/___</i> a <i>___/___/___</i>		Motivo : <i>___</i>					
De <i>___/___/___</i> a <i>___/___/___</i>		Motivo : <i>___</i>					
De <i>___/___/___</i> a <i>___/___/___</i>		Motivo : <i>___</i>					
Estava aposentado? ☐ SIM ☐ NÃO		Desde quando?		- Motivo : <i>___</i>			
BENEFICIÁRIOS							
NOME		GRAU DE PARENTESCO		ENDEREÇO		IDADE	
LOCAL E DATA				CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR			
INFORMAÇÕES DO SEGURADO							
SEGURADO <i>Creencia Goulart Rodrigues</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>14/02/63</i>		PROFISSÃO <i>meleirista</i>		TELEFONE <i>01597639346</i>	
ENDEREÇO <i>Rodovia Manoel de Menezes Km 17/5B. Marimã</i>		CIDADE <i>Ilhéus</i>		UF <i>BA</i>			
DATA DO ACIDENTE <i>17.07.2010</i>		HORA <i>5:15</i>		LOCAL DO ACIDENTE <i>Entrada e estrada do Sítio Laranjeira</i>			
DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS							
<i>Em Creencia estava indo ao trabalho às 5 horas da manhã quando aos 5:15 horas foi atingida por um caminhão que estava fazendo uma manobra para entrar no pátio do hospital municipal de Ilhéus e que acabou colidindo com ela e ela morreu na hora.</i>							
TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? ☐ SIM ☒ NÃO		QUAL? <i>___</i>					
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO							
NOME <i>Pedro Constante Nave</i>		ENDEREÇO					
NOME <i>Sergio Goulart</i>		ENDEREÇO					
INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO							
DATA 1º SOCORRO <i>17.07.2010</i>		LOCALIDADE <i>Hospital Municipal de Ilhéus</i>		ESTABELECIMENTO			
ENDEREÇO <i>Rua Goulart Monteiro da Silva Nº 888</i>		CIDADE <i>Ilhéus</i>		UF <i>BA</i>		TELEFONE <i>32489527</i>	
NOME DO MÉDICO <i>Dr. Goulart Monteiro da Silva</i>		CRM Nº <i>10888</i>		ENDEREÇO			
INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA							
SEGURADORA		APÓLICE Nº		MORTE NATURAL		MORTE ACIDENTAL	
Nesta oportunidade, autorizo a American Life Companhia de Seguros, através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.							
LOCAL E DATA				ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL <i>Creencia Goulart Rodrigues</i>			

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE						
NOME DO SEGURADO <i>Creonice G. L. D. Rodrigues</i>						
EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL						
LOCAL DO FALECIMENTO	DATA	HORAS	FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?	DATA DA 1ª CONSULTA	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA	
QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?						
INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:						
A) PRIMÁRIA						
B) SECUNDÁRIA						
HOUE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO.						
O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?		DESDE QUANDO?	QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO?	QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?		
☐ SIM ☐ NÃO						
HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO SEGURADO? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.						
HOUE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS.						
FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC.)						
O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, PEDE-SE DAR DETALHES.						
O FALECIDO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS						
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA						
DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO						
DATA 1ª CONSULTA	DATA INÍCIO DA DOENÇA	DATA ÚLTIMA CONSULTA	DATA INVALIDEZ TOTAL	DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO	O PACIENTE ESTÁ TOTALMENTE INVÁLIDO?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA?
<i>17/10/07</i>					☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO?			A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É:			
☐ SIM ☐ NÃO			☐ LABORAL ☐ AUTONÔMICA			
DESCREVA A SINTOMATOLOGIA E OS EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS QUE PERMITIRAM A CARTACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ						
FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC.)						
HOUE ANTECEDENTES CLÍNICOS? (FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)						
O SEGURADO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS						
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE						
DATA DO ACIDENTE	DATA DO ATENDIMENTO MÉDICO	HISTÓRICO DO ACIDENTE				
<i>17/10/07</i>	<i>17/10/07</i>	<i>Recebeu trauma e fratura</i>				
DESCRIÇÃO DETALHADA DA LESÃO						
<i>Doença de fratura exposta</i>						
TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO						
<i>Tratamento ortopédico</i>						
HOUE INTERNAÇÃO?	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, QUAL?			
<i>Não</i>			<i>Recebeu trauma e fratura exposta</i>			
O PACIENTE ESTÁ EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?						
<i>Continua no tratamento</i>						
EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZÁ-LA? ☐ SEM INVALIDEZ ☒ COM INVALIDEZ						
CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZÁ-LA? ☐ PERMANENTE ☐ TOTAL ☒ TEMPORÁRIA ☐ PARCIAL						
SE PARCIAL, INDIQUE: % DE REDUÇÃO FUNCIONAL ☐ MÍNIMA ☐ MÉDIA ☐ MÁXIMA						
DESCREVER AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E CLASSIFICANDO-AS SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL						
O PACIENTE FOI TRATADO POR OUTROS MÉDICOS? EM CASO AFIRMATIVO, INFORME NOME E ENDEREÇO						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS						
DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE						
NOME DO MÉDICO <i>Dr. German Ilias</i>				CRM Nº <i>65568</i>		
ENDEREÇO						
AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS						
<i>Dr. German Ilias</i>				<i>Dr. German Ilias</i>		
LOCAL E DATA				ASSINATURA E CARIMBO		

ESTADO DE SÃO PAULO

1251-8

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR



Creonice Gabriel Rodrigues

B513-024953

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia extraída nesta serventia a qual confere com o original, do que dou fé.

17 AGO 2010

Carla Modina Ferrari - Oficial de Registro
Patricia Ferreira de Sousa Muniz - Subst. da Oficial
Patricia Aparecida dos Santos - Escrevente

Colégio Notarial do Brasil - SP

Autenticação

0387AA090419

REGISTRO GERAL 16.147.892-X DATA DE EXPEDIÇÃO 18/JUN/2009
NOME CREONICE GABRIEL RODRIGUES
FILIAÇÃO EDUARDO GABRIEL RODRIGUES
E SEVERIANA MARIA RODRIGUES
NATURALIDADE IBIUNA -SP DATA DE NASCIMENTO 14/FEV/1963

DOC. ORIGEM IBIUNA-SP
IBIUNA
CC: LV.B20 /FLS.044 /N.005691
CPF 07716267892

37 Delegado Divisório de Polícia IIRGD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Registro Civil das Pessoas Naturais
e de Interdições e Tutelas
Comarca de Itanha - SP

EM BRANCO

Registro Civil das Pessoas Naturais
e de Interdições e Tutelas
Comarca de Itanha - SP

EM BRANCO

Registro Civil das Pessoas Naturais
e de Interdições e Tutelas
Comarca de Itanha - SP

EM BRANCO

Registro Civil das Pessoas Naturais
e de Interdições e Tutelas
Comarca de Itanha - SP

EM BRANCO

Registro Civil das Pessoas Naturais
e de Interdições e Tutelas
Comarca de Itanha - SP

EM BRANCO

Registro Civil das Pessoas Naturais
e de Interdições e Tutelas
Comarca de Itanha - SP

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

077.162.678-92

Nome

ORENICE GABRIEL RODRIGUES

Nascimento

12.11.63



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 de Novembro de 1889

EASY SERICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
MAR/2001



Nome do Cooperado

CREONICE GABRIEL RODRIGUES

Dados da Unidade Consumidora

Responsável

Endereço

ROD TANCREDO NEVES, S/N

 Bairro
MURUNDU

 Município
IBIUNA - SP

 Rota - Sequência
221 - 0234

 CNPJ/CPF:
077.162.678-92

 Inscr. Est./CI:
16.147.892-X

 Atividade
RESIDENCIAL

 Classificação
BIFÁSICO

NOTA FISCAL - Conta de Energia Elétrica

N.º 000.017.469 CFOP: 5.258

Data de Emissão: 01/07/2010

Data de Apresentação: 12/07/2010

Reservado ao Fisco

0A07.3D9D.5D71.D17E.637E.8E29.D7D7.9BAC

 Conta Referente
06/2010

 Vencimento
20/07/2010

CONSUMO	129	0,34734	44,81
ICMS			6,11
CONTR. IP - CIP			3,45

Histórico de Consumo			Leituras	
Mês/ano	kWh	Dias	Anterior	
Mai/2010	93	29	Anterior	10.688
Abr/2010	118	32	Atual	10.817
Mar/2010	94	28	Consumo em kWh	129
Fev/2010	107	34	Constante	1
Jan/2010	145	28	Medidor	5597387
Dez/2009	107	31		
Nov/2009	88	32	Datas das leituras	
Out/2009	96	27	Anterior	11/05/2010
Set/2009	113	33	Atual	11/06/2010
Ago/2009	110	30	Próxima	11/07/2010
Jul/2009	93	29	Nº Dias Faturados	31
Jun/2009	105	32		

Indicadores de Qualidade de Fornecimento					
	DEC	FEC	DIC	FIC	DMIC
Padrão	30,00	21,18	27,01	17,24	14,07
Apurado	1,87	1,58	1,98	2,00	1,57

Demonstrativo dos Impostos		
Base de ICMS	50,92	Valor ICMS:
Alíquota	12%	6,11

Total a Pagar (R\$)	54,37
----------------------------	--------------

Se desejar que sua fatura seja debitada mensalmente em sua conta, utilizar o identificador: 000991901 nos bancos conveniados: Banco do Brasil, Nossa Caixa, Bradesco, HSBC, Itaú e Santander.

Custeio de Iluminação Pública: Lei Municipal 1557 de 09.11.09, Art.149 A, § único da Constituição Federal do Brasil



PREFEITURA ESTÂNCIA TURISTICA DE IBIUNA

RH

DEPARTAMENTO PESSOAL

4R Sistemas

Consulta do Cálculo Mensal

Exercício: 2010

Página: 1/1

Código: 947 Nome: CREONICE GABRIEL RODRIGUES

Organograma: Fundo de Saúde

Função: MERENDEIRA(180)

Nível: EF (A25) - 581.93

Admissão: 12/05/1998

Demissão:

Mês/Ano: 05/2010

Dep. IR: 0

Dep. SF: 0

Cd. Evento	Descrição	Referência	Provento	Desconto
0001	SALÁRIO BASE	30,0000	581,93	
0051	ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO	1,1000	58,19	
0063	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (S.M.U.)	0,2000	102,00	
0102	ABONO CESTA BASICA (LEI MUN 839/2003)	1,0000	72,00	
0152	BONUS ASSIDUIDADE	1,0000	30,00	
0201	PREVIDÊNCIA (INSS)	0,0800		59,36
0309	CONVENIO BANCO BRASIL	1,0000		134,78
0310	SEGURO VIDA (MENSALIDADE)	1,0000		35,50
0322	CONVENIO CRUZEIRO DO SUL (CARTÃO)	1,0000		16,99
		Total.....:	844,12	246,63
			Líquido.....:	597,49

Base Previdência: 742,12 Base FGTS: 742,12 Valor FGTS: 59,36 Base IRRF: 682,76

Total de Funcionários: 1

46.634.531/0001-37

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURÍSTICA DE IBIUNA

Av. Cap. Manoel da Oliveira Carvalho, 51
Centro - CEP 18150-000
IBIUNA - SP



PREFEITURA ESTÂNCIA TURISTICA DE IBIUNA

RH

DEPARTAMENTO PESSOAL

4R Sistemas

Consulta do Cálculo Mensal

Exercício: 2010

Página: 1/1

Código: 947 Nome: CREONICE GABRIEL RODRIGUES

Mês/Ano: 06/2010

Organograma: Fundo de Saúde

Admissão: 12/05/1998

Dep. IR: 0

Função: MERENDEIRA(180)

Demissão:

Dep. SF: 0

Nível: EF (A25) - 581.93

Cd. Evento	Descrição	Referência	Provento	Desconto
0001	SALÁRIO BASE	30,0000	581,93	
0051	ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO	1,1000	58,19	
0063	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (S.M.U.)	0,2000	102,00	
0102	ABONO CESTA BASICA (LEI MUN 839/2003)	1,0000	72,00	
0152	BONUS ASSIDUIDADE	1,0000	30,00	
0201	PREVIDÊNCIA (INSS)	0,0800		59,36
0303	CONVENIO FARMACIA DROGAUNA	1,0000		38,68
0309	CONVENIO BANCO BRASIL	1,0000		134,78
0310	SEGURO VIDA (MENSALIDADE)	1,0000		35,50
0322	CONVENIO CRUZEIRO DO SUL (CARTÃO)	1,0000		15,80
		Total.....:	844,12	284,12
			Líquido.....:	560,00

Base Previdência: 742,12 Base FGTS: 742,12 Valor FGTS: 59,36 Base IRRF: 682,76

Total de Funcionários: 1

46.634.531/0001-37

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURISTICA DE IBIUNA

Av. Cap. Manoel de Oliveira Carvalho, 51
Centro - CEP 13150-000
IBIUNA - SP



PREFEITURA ESTÂNCIA TURISTICA DE IBIUNA

RH

DEPARTAMENTO PESSOAL

4R Sistemas

Consulta do Cálculo Mensal

Exercício: 2010

Página: 1/1

Código: 947 Nome: CREONICE GABRIEL RODRIGUES

Mês/Ano: 07/2010

Organograma: Fundo de Saúde

Admissão: 12/05/1998

Dep. IR: 0

Função: MERENDEIRA(180)

Demissão:

Dep. SF: 0

Nível: EF (A25) - 581.93

Cd. Evento	Descrição	Referência	Provento	Desconto
0001	SALÁRIO BASE	30,0000	581,93	
0051	ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO	1,1000	58,19	
0056	HORAS EXTRAS 50 %	12,0000	58,19	
0063	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (S.M.U.)	0,2000	102,00	
0102	ABONO CESTA BASICA (LEI MUN 839/2003)	1,0000	72,00	
0152	BONUS ASSIDUIDADE	1,0000	30,00	
0201	PREVIDÊNCIA (INSS)	0,0800		61,43
0217	ATRASOS / HORAS DESCONTADAS	10,0000		32,33
0303	CONVENIO FARMACIA DROGAUNA	1,0000		140,77
0309	CONVENIO BANCO BRASIL	1,0000		134,78
0310	SEGURO VIDA (MENSALIDADE)	1,0000		35,50
0322	CONVENIO CRUZEIRO DO SUL (CARTÃO)	1,0000		15,00
		Total.....:	902,31	419,81
			Líquido.....:	482,50

Base Previdência: 767,98 Base FGTS: 767,98 Valor FGTS: 61,43 Base IRRF: 706,55

Total de Funcionários: 1

46.634.531/0001-37

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURISTICA DE IBIUNA

Av. Cap. Manoel de Oliveira Carvalho, 51
Centro - CEP 18160-000
IBIUNA - SP

Uruima 17/07/2010: Data do afastamento

Eu creance Goleul Rodrigues estava indo ao trabalho às 5:00 horas de manhã às 5 horas 15 minutos ocorreu um acidente de trabalho no lado esquerdo da cabeça. Foi socorrida pelo ambulância do hospital municipal de Uruima. Foi atendida no mesmo hospital. Foi socorrida pelo motorista do Sargento Godói. Foi atendida pelo doutor Germano. Esta pessoa conduta RX teve lesão no tornozelo esquerdo foi imobilizado por 8 dias em gesso. No dia 24/07. O qual foi engessado até o dia 17/07 até o dia 15 dias pela empresa Prefeitura Municipal de Uruima até dia 31/07/2010. Mas o afastamento foi prolongado pois não estava melhorando. Foi encaminhado para o N.S.S. para o dia 10/08/2010 tendo o atendimento médico por o dia 17/09/2010. Sem mais nada a declarar ass.

Creance Goleul Rodrigues

Estão aguardando o vago para fisioterapia

Muito obrigado
Em rodo no dia 17/08/2010



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIÚNA

ESTADO DE SÃO PAULO

Ao

I.N.S.S - Instituto Nacional de Seguro Social

DECLARAÇÃO

D
E
C
L
A
R
A
M
O

S, para os devidos fins que o
(a) Sr. **CREONICE GABRIEL RODRIGUES**, portador (a) da C.T.P.S Nº 6291
Série 96 – SP é servidor(a) desta municipalidade desde 12/05/1998, exercendo as
funções de Merendeira, sendo regido pelo regime da C.L.T.

Departamento de Pessoal aos 04(Quatro) dias do mês de Agosto
de 2010.


Angelo Gabriel Ramalho Vieira
Diretor da Divisão de Recursos Humanos

46.634.531/00001-37

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURÍSTICA DE IBIÚNA

Av. Cap. Manoel da Oliveira Carvalho, 51
Centro - CEP 18150-000
IBIÚNA - SP



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

170239271624

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

NOME **CREONICE GABRIEL RODRIGUES** DATA NASCIMENTO **14/02/1963** NACIONALIDADE **Brasileira**
RUA/AV. Nº
COMPLEMENTO BAIRRO **MURUNDU**
CIDADE **IBIUNA** ESTADO **SP** CEP **18150-000**
SEXO ☐ MASC ☒ FEM. DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Série) **6291 - 96**
ESTADO CIVIL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO TEM OUTRA ATIVIDADE COM VINCULAÇÃO
☐ VIÚVO ☐ DESQ/DIV A PREVIDÊNCIA SOCIAL? ☐ SIM ☒ NÃO

ASSINATURA

NOME DO PROCURADOR OU CURADOR
ENDEREÇO

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

EMPRESA **PREFEITURA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIUNA** Nº CNPJ **46.634.531/0001-37**
RUA/AV. **AV CAPITÃO MANOEL DE OLIVEIRA CARVALHO** Nº **51**
COMPLEMENTO BAIRRO **CENTRO**
CIDADE **IBIUNA** ESTADO **SP** CEP **18150-000**
ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO **16/07/2010** CID **S90.0**
AFASTADO POR ☐ DOENÇA ☒ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ FÉRIAS - A

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA

PRENOME DOS FILHOS

DATA NASC.

PRENOME DOS FILHOS

DATA NASC.

LOCALIDADE **IBIUNA** DATA **04/08/2010**

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DO CGC DA EMPRESA

Angelo Gabriel R...
Angelo Gabriel R...
Diretor Divisão
Recursos Humanos

INSTRUÇÕES

- 1 - O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e de preferência a máquina.
- 2 - No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho.
- 3 - No mês do afastamento do trabalho a empresa efetuará o pagamento integral do Salário - Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.

46.634.531/0001-37

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURÍSTICA DE IBIUNA

Av. Cap. Manoel de Oliveira Carvalho, 51
Centro - CEP 18150-000
IBIUNA - SP

Requerimento de Auxílio Doença

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 124351839
Data: 04/08/2010

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP):	17025434629
Nome:	CREONICE GABRIEL RODRIGUES
Endereço:	RODOVIA TANCREDO NEVES
Bairro/Município/UF/CEP:	MURUNDU / IBIUNA / SP / 18150000
Agência Realização Perícia:	APS - SÃO ROQUE
Endereço da Perícia:	AV. JOHN KENNEDY, 405
Bairro/Município/UF/CEP:	CENTRO / SAO ROQUE / SP / 18130510
Exame médico-pericial agendado para:	17/09/2010 12:00
CNPJ, CGC ou CEI:	46634531000137
Data do último dia de trabalho:	16/07/2010

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada:

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: __/__/__

Carimbo e Assinatura

do responsável pela Empresa

Assinatura

Observação

- 1. Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:**
- Documento de IDENTIDADE Original;
 - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
 - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
 - Se segurado especial (trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- 2. A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 135 da Central.**
- 3. Compareça à Agência da Previdência Social com no mínimo 1 (uma) hora de antecedência do horário da perícia médica, munido de documentos pessoais, a fim de regularizar dados cadastrais.**

Desenvolvido pela Dataprev - 2008

MPS | INSS | DATAPREV

SABI-AX1.V-1.6.3

Quarta-feira, 04 de Agosto de 2010

46.634.531/0001-37

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURÍSTICA DE IBIUNA

Av. Cdp. Manoel de Oliveira Carvalho, 51

Centro - CEP 18150-000

IBIUNA - SP



HOSPITAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIÚNA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a)
Carne G. M. Alves, necessita de
repouso por 15 dias, a partir de hoje,
inclusive.

S90.0

Ibiúna, 17/7/10 de 200

Dr. Carne G. M. Alves
CRM 66568

Informações Médicas sobre o Acidente de Trabalho

51 - Nome do Segurado

Creunze Gabriel Bulhões

52 - Razão Social da Empresa

53 - Unidade de Atendimento Médico

54 - Data

55 - Hora

56 - Houve Internação?

() Sim (☒) Não

57 - Duração provável do Tratamento

03 Semanas dias

58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?

(☒) Sim () Não

59 - Descrição e Natureza da Lesão

Perigo fratura o pé Esquerdo
Após queda no
chão -

60 - Diagnóstico provável

Fratura do fêmur
esquerdo

61 - C.I.D. - 10

62 - Observações

Local e Data

Assinatura do Médico Carimbo e CRM

Germano Dias
CRM 66568

(015) 97639346