

**Oficio-240/2010**

**Juiz de Fora, 25 DE MAIO DE 2010**  
**A/C: Departamento de Sinistros**  
**SUELEN**

**REF SINSERPU**

**SEG :ENEAS AMORIM**

**Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:**

- **AVISO DE SINISTRO**
- **CNH**
- **COMPROVANTE DE RESIDENCIA**
- **HOLERITE**
- **DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR DE 16/03/2010 ate data atual**
- **CAT**
- **ATESTADO DE 08 DIAS**
- **ATENDIMENTO DE URGENCIA**
- **LAUDO DE 16/03/2010 ATE 15/05/2010**
- **AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**

**ATENCIOSAMENTE**

**VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.**  
*Suelen Andrade 3105110*

*Mozando*  
**VERTCON SEGUROS LTDA**  
**JUIZ DE FORA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO		CNPJ
Proponente/Titular ENEAS AMORIM				Data Nascimento 15.11.51
RG	Estado Civil C	Sexo M	MATRICULA / RE	CPFE 181321.716.20
Cônjuge				Data Nascimento

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.  
16-03-2010

Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e conseqüências.  
TRABALHO NO SETOR DE TRANSPORTE E FUI LEVAR UM VEICULO LOVE (CELTA) PARA LAVAR. AO SAIR DO MESMO UM COLTEIRO ESTAVA JOGANDO UM PRODUTO NO VEICULO COM CHEIRO MUITO FORTE. AO SAIR DO CARRO DE COSTA PARA NÃO SENTIR O CHEIRO. ISSO ESCORREU E UMA CAIR DENTRO DAVALA E UM ATOCER O JOGANDO ESQUERDO.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento 16/03/10 15:19	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos. DOR NO JOELHO (E) APÓS QUES DE ACIMA (LOVA-SATO)	
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. 07 (SETE) DIAS	
O Acidentado teve alta? Em que data?		
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?		
Qual o percentual de redução Funcional?		
Nome do Médico Assistente. MÉDICO HELENO LOPES	CRM	80544
Endereço do Médico.		
LOCAL / DATA JF	23105110	Assinatura do Médico sob carimbo



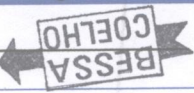
LOCAL: JF  
Assinatura do Acidentado: Eneas Amorim

4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA  
CNPJ: 20.451.225/0001 - 71 - TEL: (32) 3215-1066  
Galeria Constança Valadares, Lj 04/06 - CEP:36 010.300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo:  
ENEAS AMORIM  
Juiz de Fora, 24/05/2010  
Em Testemunho da verdade

Andréia Crovato Antunes - Escrevente Autorizada  
Emol.:R\$2,95 Tax. Fisc.:R\$0,92 Total:R\$3,87

SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMENDAS E/OU RASURAS.



RECONHECER FIRMA

Simone Aparecida Rocha de Almeida  
Escrevente Autorizada  
4.º Ofício de Notas  
Juiz de Fora - MG

**AUTENTICAÇÃO**  
DECLARO SER AUTÊNTICA  
A PRESENTE FOTOCÓPIA

J. FORA, 24 MAIO 2010, MG

EM TEST. DA VERDADE

CARTORIO BESSACOE LHS 4.º OFÍCIO DE NOTAS  
EM 13/05/2010 - TOTAL: R\$ 3,87



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

NOME  
ENEIAS AMORIM

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
M540336 SSP MG

CPF  
181.521.716-20 DATA NASCIMENTO  
15/11/1951

FILIAÇÃO  
FRANCISCO AMORIM  
MARIA JOAQUINA DE JESUS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
C

Nº REGISTRO  
00169824799 VALIDADE  
05/04/2012 1º HABILITAÇÃO  
28/12/1988

OBSERVAÇÕES  
OBRIG LENTE CORRETIVA;

Assinatura do Portador: *Ignias Amorim*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JUIZ DE FORA, MG DATA EMISSÃO  
12/04/2007

Assinatura do Emissor: *Edardo Belli Marcos*  
Chefe Detran / MG 91511806840  
MG930524772

DETRAN - MG (MINAS GERAIS)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 845547331

PROIBIDO PLASTIFICAR 845547331

**PREFEITURA DE JUIZ DE FORA**Secretaria de Administração e Recursos Humanos  
Subsecretaria de Pessoas  
Departamento de Monitoramento Profissional**COMPROVANTE DE RENDIMENTOS**

Marco/2010

MATRÍCULA: 019650-9.01 NOME: Eneias Amorim CPF: 181.521.716-20

CARGO: Auxiliar de Serviço - D 09.092115.164-Efetivos BANCO/AGÊNCIA/CONTA: Banco Do Brasil S/A 3205-0/ 28232 -4

COD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
0001	Salário	220	518,50	
0002	Horas Extras 50%	50	176,76	
0015	Insalubridade	40	226,00	
0179	Chefe De Serv Incorporado	100	378,59	
0313	Abono		70,00	
0017	Seguro Verticon			29,46
0069	SINSERPU/PL. ODONT.			27,50
0085	Sinserpu			5,19
0133	BMG	1		183,30
0511	Contribuição Sindical	35/72		39,76
0554	FPM (Folha)			142,98

Autenticação válida para  
 o verso e aversa  
 Cartório Bessa Coelho

**AUTENTICAÇÃO**

DECLARO SER AUTÊNTICA  
A PRESENTE FOTOCOPIA

J. FORA: 4 MAIO 2010

EM TEST. DA VERDADE

CARTORIO BESSA COELHO 4.º OFICIO DE NOTAS  
EMOL.: R\$ 2,95 - T.F.J.: R\$ 0,92 - TOTAL: R\$ 3,87

**Simone Aparecida Rocha de Almeida**  
Escrevente Autorizada  
4.º Ofício de Notas  
Juiz de Fora - MG




Salário	518,50	Base IRRF.: 1.369,85	TOTAL	1.369,85	428,19
<b>VALOR LÍQUIDO</b>					<b>941,66</b>

**MENSAGEM**

Servidor, participe da campanha "NÃO DÊ ESMOLA. MOSTRE UM CAMINHO".  
 Informação: 3690 7770 (SAS/PFJ).



Prefeitura de Juiz de Fora

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o servidor Enéias Amorim, matrícula 19650-9/1, encontra – se afastado por acidente de trabalho desde 16/03/2010 até a presente data.

Por ser verdade o acima declarado , firmo a presente.

---

Francisco de Paulo Alvino  
SO/DEIN/MP  
SUPERVISOR

**Secretaria de Obras**

Rua Osório de Almeida, 689 - Poço Rico - CEP: 36020-020 - Juiz de Fora – MG Tel: (32) 3690-7403 - Fax: (32) 3690-7735



**INSTITUIÇÃO**

NOME: PREFEITURA DE JUIZ DE FORA / SECRETARIA DE OBRAS - SO

ENDEREÇO: RUA OSÓRIO DE ALMEIDA, 689 - POÇO RICO.

MUNICÍPIO: JUIZ DE FORA | ESTADO: MG | CNPJ: 20.439.170/0001-84 | CÓDIGO DA ATIVIDADE: 45.22-5

**ACIDENTADO**

NOME: Eneias Amorim

ENDEREÇO: Rua Florentina Garcia,, 185 | MUNICÍPIO / ESTADO: Juiz de Fora / MG

DATA DO NASCIMENTO: 15 / 11 / 1951 | IDADE: 59 ANOS | SEXO: M | ESTADO CIVIL: Casado

CTPS/CARTEIRA DE IDENTIDADE: M-540.336 - SSPMG

PROFISSÃO: Aux. de Serviços | SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO: R\$ 1.381,00 | POR:  HORA  DIA  MÊS

REABERTURA DA CAT:  SIM  NÃO | REINÍCIO TRATAMENTO:  SIM  NÃO

**ACIDENTE**

DATA DO ACIDENTE: 16 / 03 / 2010 | HORA: 14:30 | APÓS 08:00 HORAS DE TRABALHO

DATA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO: / /

LOCAL DO ACIDENTE: Posto /Lavador da SO | HOVE REGISTRO POLICIAL?   NÃO | OBJETO CAUSADOR: /

DESCRÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S):  
O servidor estava supervisionando o setor onde se encontra o lavador da SO, quando escorregou caindo entre a vala do Mesmo, com fortes dores nas pernas, precisando ser socorrido pelo SAMU pois não conseguia se mover

**TESTEMUNHAS**

NOME: Afrânio Clementino | ENDEREÇO: Rua Helena Petrovina Blavask, 177-Solidariedade

NOME: Carlos Roberto de Oliveira II | ENDEREÇO: Rua Turmalina, 66- Valadares

**ASSINATURA**

Juiz de Fora 16 de Março de 2010

*Francisco de Paula Alvino*  
Supervisor de Monitoramento Profissional  
ASSINATURA E CARIMBO DA INSTITUIÇÃO

**LAUDO DE EXAME MÉDICO**

1 - APRESENTAÇÃO DO ACIDENTADO: SERVIÇO MÉDICO: HPS | DATA: 16 03 10 | HORA: 15:19

2 - DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES): Dor + crises no Joelho @

3 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Contusão Joelho @

4 - HÁ COMPATIBILIDADE ENTRE O ESTÁGIO EVOLUTIVO DA(S) LESÃO(ÕES) E A DATA DO ACIDENTE DECLARADA?  SIM  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?  SIM  NÃO

6 - REGIME DE TRATAMENTO A QUE DEVERÁ SUBMETER-SE O ACIDENTADO:  HOSPITALAR  AMBULATORIAL

7 - DURAÇÃO DO PROVÁVEL TRATAMENTO: 05 DIAS

8 - O ACIDENTADO FOI HOSPITALIZADO EM: / / | LOCAL: / | DATA GIH/AT: / /

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

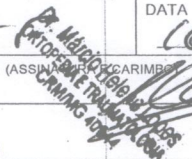
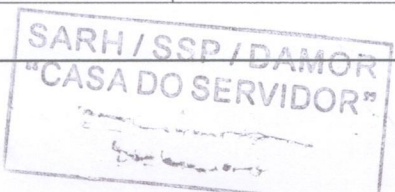
10 - CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEEXISTÊNCIA A Q ACIDENTE: N.P.N.

11 - OBSERVAÇÕES: /

SERVIÇO MÉDICO A QUE FOI ENCAMINHADO: /

LOCALIDADE: HPS 5 | DATA: 16.03.10

MÉDICO DE ATENDIMENTO (ASSINATURA E CARIMBO): *[Assinatura]*



PARA USO EXCLUSIVO DO CORREIO

- MUDOU-SE
- END. INSUFICIENTE
- NÃO EXISTE O Nº INDICADO
- DESCONHECIDO

- NÃO PROCURADO
- AUSENTE
- FALECIDO
- RECUSADO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

VISTO:



**PREFEITURA DE JUIZ DE FORA**  
 Secretaria de Administração e Recursos Humanos  
 Subsecretaria de Pessoas  
 Departamento de Monitoramento Profissional

Matrícula: 019650-9.01 Marco/2010  
 Eneias Amorim  
 Rua Florentina Garciao 185  
 Lourdes  
 36071010 Juiz De Fora MG

Lotação: 09.092115.164  
 Efetivos

00142

**PREFEITURA DE JUIZ DE FORA**

Secretaria de Administração e Recursos Humanos  
 Subsecretaria de Pessoas  
 Departamento de Monitoramento Profissional  
 Avenida Brasil, 2001 - 8º Andar - Centro  
 36.060-010 - Juiz de Fora - MG

**Autenticação válida para  
 o verso e anverso  
 Cartório Bessa Coelho**

IMPRESSÃO A LASER - ENGEBOT (31) 3465-0099 - MAC0728 - IN0078



**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 078862

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME: <u>Onéas Amocim</u>		MATRÍCULA:	
ENDEREÇO: <u>R. Florentina Garcia, 185</u>		SECRETARIA: <u>30</u>	
BAIRRO: <u>Howdes</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>15/11/51</u>	TELEFONE: <u>3231-6911</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>8528</u>
CARGO: <u>Aux. de Serv.</u>		REGIME JURÍDICO ( ) CLT (x) ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF? <input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO	VINCULO COM A PJF?	CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <u>01</u>	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? <u>0</u>

MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO	
O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:	E APRESENTA:
<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	<input checked="" type="checkbox"/> ATESTADO MÉDICO / ODONTOLÓGICO
<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 type="checkbox"/> OUTROS: _____
<input type="checkbox"/> REABILITAÇÃO.	
	<u>Rozene de Jesus da Santa</u> ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO	
O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:	
A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE <u>16, 03, 10</u> A <u>22, 03, 10</u>	
B) TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE ___ / ___ / ___ À ___ / ___ / ___	
C) ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NO PERÍODO DE ___ / ___ / ___ À ___ / ___ / ___	
D) MATERNIDADE NO PERÍODO DE ___ / ___ / ___ À ___ / ___ / ___	
EM CASO DE TRATAMENTO DE SAÚDE	
O TRATAMENTO É CONSEQUÊNCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO	
O AFASTAMENTO SE ENQUADRA NO ARTIGO 115 DA LEI Nº 8710/95: <input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO	
TRATA-SE DE LICENÇA	
<input checked="" type="checkbox"/> INICIAL ( ) PRORROGAÇÃO	
APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:	
<input checked="" type="checkbox"/> O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES.	( ) ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO
<input type="checkbox"/> VOLTAR PARA EXAMES TRÊS DIAS ANTES DO TÉRMINO DA LICENÇA.	( ) ENCAMINHADO AO INSS
<input type="checkbox"/> 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 exercei 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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Rozene de Jesus da Santa  
ASSINATURA DO SERVIDOR

Dra. Anna C. F. dos Santos  
CRM 15131  
CLÍNICA MÉDICA  
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

1ª VIA - DAMOR / 2ª VIA SARH/SSDA/DMP - SRAOF / 3ª VIA SECRETARIA DE ORIGEM - DEINT / 4ª VIA SERVIDOR

SARH/SSP/DAMOR  
"CASA DO SERVIDOR"





**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 077455**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME: <u>Onelias Amoeim</u>		MATRÍCULA:	
ENDEREÇO: <u>Florentina da Garcia 185</u>		SECRETARIA: <u>SMO</u>	
BAIRRO: <u>Howlands</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>15/11/51</u>	TELEFONE: <u>3231-6911</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>8528</u>

CARGO:		REGIME JURÍDICO ( ) CLT <input checked="" type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF? <input checked="" type="checkbox"/> SIM    ( ) NÃO	VINCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <u>01</u>	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? <u>0</u>	

22/3/20

**MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO**

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:		E APRESENTA:	
<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA	<input checked="" type="checkbox"/> ATESTADO MÉDICO / ODONTOLÓGICO	<input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE	<input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO	<input type="checkbox"/> EXAMES COMPLEMENTARES	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____
<input type="checkbox"/> REABILITAÇÃO	<u>Rogério de Santana dos Santos</u> ASSINATURA DO SERVIDOR		

**LAUDO**

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 23/03/10 A 30/03/10

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.    ( ) ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO

( ) VOLTAR PARA EXAMES 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 \_\_\_\_\_

Rogério de Santana dos Santos  
ASSINATURA DO SERVIDOR

**Dra. Anna C. F. dos Santos**  
CRM 15131  
CLÍNICA MÉDICA

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

1ª VIA - DAMOR / 2ª VIA SARH/SSDA/DMP - SRAOF / 3ª VIA SECRETARIA DE ORIGEM - DEIN / 4ª VIA SERVIDOR

SARH/SSP/DAMOR  
"CASA DO SERVIDOR"



**PREFEITURA DE  
JUÍZ DE FORA**

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

Nº 071383

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME: <u>Eneias Amorim</u>			MATRÍCULA:
ENDEREÇO: <u>Klarentina Garcia nº85</u>			SECRETARIA: <u>SMO</u>
BAIRRO: <u>Bandas</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>15/11/51</u>	TELEFONE: <u>32316911</u>	PRONTUÁRIO Nº:
CARGO: <u>Auxiliar do Serviço</u>		REGIME JURÍDICO ( ) CLT      (X) ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF? (X) SIM      ( ) NÃO	VÍNCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <u>1</u>	CONTRATO(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
- REABILITAÇÃO

E APRESENTA:

- ATESTADO MÉDICO / ODONTOLÓGICO
- SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
- EXAMES COMPLEMENTARES
- OUTROS: \_\_\_\_\_

Rogéria de Fatima do Santos A  
ASSINATURA DO SERVIDOR

**LAUDO**

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- (X) A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 31, 03, 10 À 15, 04, 10
- B) TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ À \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- C) ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NO PERÍODO DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ À \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- D) MATERNIDADE NO PERÍODO DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ À \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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      (X) PRORROGAÇÃO

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

- ( ) O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES.
- (X) VOLTAR PARA EXAMES 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)**

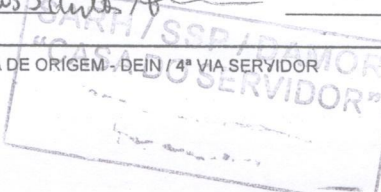
Declaro que durante o período de Licença por Motivo de Saúde, não exercerei outra atividade remunerada, estando ciente de que o descumprimento da norma estabelecida no § 3º do art. 91 da Lei 8710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita as penalidades previstas na legislação municipal.

EM 30, 03, 10

Rogéria de Fatima do Santos A  
ASSINATURA DO SERVIDOR

Dr. Rogério Cruzero de Barros  
Medicina do Trabalho - Clínica Médica  
CRM-MG 15076

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)



31-03-10



**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 070836

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

NOME: Eneias Amarim MATRÍCULA: 50

ENDEREÇO: Flarentina Garcia nº 185 SECRETARIA: SMO

BAIRRO: Leões DATA DE NASCIMENTO: 15/11/51 TELEFONE: 32316911 PRONTUÁRIO Nº: 8528

CARGO: Auxiliar de Serviço REGIME JURÍDICO: ( ) CLT (X) ESTATUTÁRIO

EFETIVO NA PJF? (X) SIM ( ) NÃO VÍNCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? 1 CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? 0

**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 / ODONTOLÓGICO
- SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
- EXAMES COMPLEMENTARES
- OUTROS: \_\_\_\_\_

A Rogéria de Jesus SA  
ASSINATURA DO SERVIDOR

**LAUDO**

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 16/04/10 A 15/05/10

B) TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA NO PERÍODO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ À \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

C) ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA NO PERÍODO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ À \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

D) MATERNIDADE NO PERÍODO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ À \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 (X) PRORROGAÇÃO

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

( ) O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES. ( ) ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO

(X) VOLTAR PARA EXAMES TRÊS DIAS ANTES DO TÉRMINO DA LICENÇA. ( ) ENCAMINHADO AO INSS

( ) SER APOSENTADO POR INVALIDEZ A PARTIR DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) ENCAMINHADO À PERÍCIA

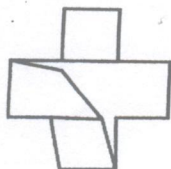
**DECLARAÇÃO (Portaria nº 108 - Sarh, de 25/07/2005)**

Declaro que durante o período de Licença por Motivo de Saúde, não exercei 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 12/04/10  
A Rogéria de Jesus dos A  
ASSINATURA DO SERVIDOR

Dr. Romilton Faria  
MÉDICO  
CRM-MG 13141  
RESPONSÁVEL PLOM (CARIMBO)

13/4/10



**SUS** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### ATESTADO MÉDICO

A Amorim ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) Enéas  
PORTADOR DA CARTEIRA  
PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_ SÉRIE \_\_\_\_\_ NECESSITA  
DE 03 ( seis ) DIAS DE AFASTAMENTO DO  
TRABALHO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.  
CID \_\_\_\_\_

Ra. Leão  
UNIDADE

Ilhéus 12/05/0  
LOCAL E DATA

Dr. Regional Saúde Lajes  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-13127

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.

SARH/SSP/BANOR  
"CASA DO SERVIDOR"  
Ilhéus, 12/05/00

MS/DATASUS

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DR MOZART GERALDO TEIXEIRA

Nº. DO BE: 358877  
CNS:

DATA: 16/03/2010 HORA: 15:19 USUARIO: GLEDSON  
SETOR: 09 - P.A. TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ENEIAS AMORIM DOC...: M 540336  
 IDADE...: 58 ANOS NASC: 15/11/1951 SEXO...: MASCULINO  
 ENDEREÇO...: RUA FLORENTINA GARCIA NUMERO: 185  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: N.S LOURDES  
 MUNICIPIO...: JUIZ DE FORA UF: MG CEP...: 36070-060  
 NOME PAI/MAE...: FRANCISCO AMORIM /MARIA JOAQUINA DE JESUS  
 RESPONSÁVEL...: USB 03 RENATA TEL...: 32316911  
 PROCEDENCIA...: N S DE LOURDES - BAIRRO  
 ATENDIMENTO...: QUEDA DA PROPRIA ALTURA  
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ]

EXAME COMPLEMENTARES: [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

*Acum de Acum (uso jato) provocando  
 c/ dor no ombro @ após trauma  
 Direito s/ Acum Acum.  
 Rx: s/ Fratura*

DIAGNOSTICO:

*Acum do ombro*

PRESCRICAO

HORARIO

Simone Aparecida Rocha de Almeida  
 Escrevente Autorizada  
 4.º Ofício de Notas  
 Juiz de Fora - MG

*Outro*

*Resorta*

*A resto of Dias*



**AUTENTICAÇÃO**  
 DECLARO SER AUTÊNTICA  
 A PRESENTE FOTOCÓPIA  
 24 MAIO 2010 MG  
 EM TEST. DA VERDADE  
 CARTORIO BESSA COELHO 4.º OFICIO DE NOTAS  
 EMOL: R\$ 2,95 - T.F.J.: R\$ 0,92 - TOTAL: R\$ 3,87

DATA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] A REVELIA [ ] RESISTENCIA

HORA DA SAIDA:

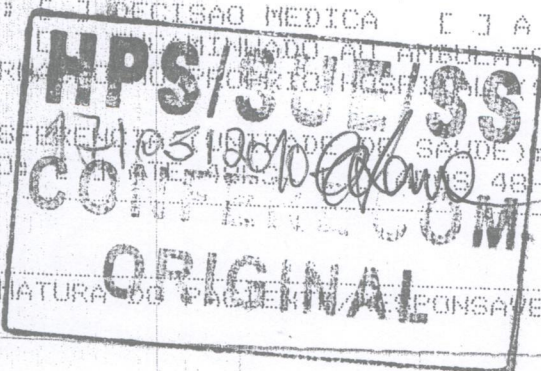
INTERVALO (HORARIO HOSPITALIA (SETOR)):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ORITO: [ ] FAMILIA [ ] INT. [ ] PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



*[Handwritten signature]*  
 Dr. Mozart Geraldo Teixeira  
 Traumatologista



## 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 ENGILAS AMORIM, 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	Brasil	3205	0	28-232	4
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA POUANÇA					

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.

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.