

Processo nr.

Estipulante: **SINSERPU -SINDICATO DOS SERVIDORES DA ADM PUB JUIZ DE FORA**

Segurado **FRANCISCO DE PAULO ALVINO**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	DMH	02/01/2013	20/03/2013

Documentos anexos

ENVIADO PARA SEGURADORA SEGUINTE DOCUMENTOS:

COPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERTCON PREENCHIDO, ASSINADO E AUTENTICADO;
COPIA SIMPLES DO RG E CPF DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 12/2012;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE INTERNAÇÃO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA ALTA MEDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO MEDICO INFORMANDO DIAGNOSTICANDO ESTADO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR INFORMANDO QUE O SEGURADO SE AFASTOU POR 60 DIAS;
COPIA SIMPLES DO ATESTADO MÉDICO DO SEGURADO COM O CARIMBO CONFERE;
02 COPIAS SIMPLES DO REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO MÉDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA RECEITA MEDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA NOTA FISCAL R\$ 66,90;
COPIA SIMPLES DA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA EM NOME DO SEGURADO.



Protocolo de envio de documentos

- [] American Life Cia de Seguros
- [] Nobre Seguradora do Brasil
- [] Alfa Previdencia e Vida

Processo nr.

Estipulante: SINSERPU -SINDICATO DOS SERVIDORES DA ADM PUB JUIZ DE FORA

Segurado FRANCISCO DE PAULO ALVINO

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	DMA	02/01/2013	20/03/2013

Documentos anexos

ENVIADO PARA SEGURADORA SEGUINTE DOCUMENTOS:

COPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERTCON PREENCHIDO, ASSINADO E AUTENTICADO;
COPIA SIMPLES DO RG E CPF DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 12/2012;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE INTERNAÇÃO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA ALTA MEDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO MEDICO INFORMANDO DIAGNOSTICANDO ESTADO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR INFORMANDO QUE O SEGURADO SE AFASTOU POR 60 DIAS;
COPIA SIMPLES DO ATESTADO MÉDICO DO SEGURADO COM O CARIMBO CONFERE;
02 COPIAS SIMPLES DO REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO MÉDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA RECEITA MEDICA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA NOTA FISCAL R\$ 66,90;
COPIA SIMPLES DA AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA EM NOME DO SEGURADO.

Ofício 028/2013
Juiz de Fora, 13 MARÇO DE 2013
A/C: Departamento de Sinistros
ROSI

REF SINSERPU

SEG. FRANCISCO DE PAULO ALVINO

Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO✓
- RG E CPF✓
- ATENDIMENTO DE URGENCIA
- DECLARAÇÃO EMPREGADOR 02/01/2013 A 20/04/2013
- HOLERITE
- COMPROVANTE RESIDENCIA✓
- ATESTADO 60 DIAS
- LAUDOS 02/01/2013 A
- AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO
- DECLARAÇÃO QUE NÃO FEZ RX
- DMH 79,80 66.90

ATENCIOSAMENTE

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Rosilene Nave

Recebido
20.03.2013


VERTCON SEGUROS LTDA
JUIZ DE FORA

Ofício 028/2013
Juiz de Fora, 13 MARÇO DE 2013
A/C: Departamento de Sinistros
ROSI

REF SINSEPU

SEG.FRANCISCO DE PAULO ALVINO

Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- RG E CPF
- ATENDIMENTO DE URGENCIA
- DECLARAÇÃO EMPREGADOR 02/01/2013 A 20/04/2013
- HOLERITE
- COMPROVANTE RESIDENCIA
- ATESTADO 60 DIAS
- LAUDOS 02/01/2013 A
- AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO
- DECLARAÇÃO QUE NÃO FEZ RX
- DMH 79,80 66.90

ATENCIOSAMENTE

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Rosângela Nasc
Recebido
20.03.2013


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	FRANCISCO DE PAULO ALVINO		Data Nascimento: 10/02/64
RG: M.3922281	Estado Civil: CASADO	Sexo: M	CPF: 506.482.766-00
MATRICULA/RE			Natural de: SÃO BARBARA M. VERPE
			Data Nascimento: 01/03/1974

Cônjuge: ELIZÂNGELA MARIA ELIEZER ALVINO

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA:
BELMIRO BRAGA 30/12/2012

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

ESTAVA JOGANDO FUTEBOL QUANDO VEIO A
ROMPER O TENDÃO DE AGULHAS PERNA DIREITA

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento 02/01/13 10:40	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos. Ruptura do tendão da perna direita
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	Sim jogando futebol
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 60 dias
O Acidentado teve alta? Em que data?	Não
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	Indefinido
Qual o percentual de redução Funcional?	Indefinido
Nome do Médico Assistente: Alvaro Correa Netto	CRM 35.444
Endereço do Médico: Rua São Sebastião 733 1101 Centro JF	
LOCAL / DATA: JF 08/01/13	Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL: JF DE FOMM
Data: 16/01/2013
Assinatura do Acidentado: Francisco de Paulo Alvino

Assinatura Flávia

FRANCISCO DE PAULO ALVINO
 M-3.522.281
 21/12/84
 MANOEL ALVINO
 MARIA APARECIDA ROMEU
 SANTA B. DO MONTE VERDE-MG 12/02/44
 RG 14-25 FL-226 STA.B. DO MTE. VERDE

FRANCISCO DE PAULO ALVINO
 CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
 DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
 VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
 COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS FISCAIS
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 MINISTÉRIO DA FAZENDA



FRANCISCO DE PAULO ALVINO
 ESTADO DE MINAS GERAIS
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
 FOTOGRAFIA
 FOTOGRAFIA

FRANCISCO DE PAULO ALVINO
 NASCIMENTO 12.02.64
 INSCRIÇÃO NO CPF 503.483.785-00
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL



BXR 07783



www.cemig.com.br/atendimento

Cemig Tarifa Social de Energia Elétrica

Fale com a Cemig 116

Distribuição S.A.

Cemig Distribuição S.A. CNPJ 06.981.180/0001-16 / Insc. Estadual 062.322136.0087
Av. Barbacena, 1.200 - 17º andar - Ala A1 - CEP 30190-131 - Belo Horizonte - MG

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela
Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

FRANCISCO DE PAULO ALVINO
RUA TRES ILHAS 35 CX 1
SANTA LUZIA
36030-020 JUIZ DE FORA, MG
CPF 506.482.766-00

Referente a
FEV/2013
Código de Débito Automático:
008016748587

Nº DO CLIENTE
7004045326

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U Nº 004071060 - PTA Nº16.000114527.70

Classificação	Medição	Datas de Leitura			Datas da Nota Fiscal		Nº DA INSTALAÇÃO
Residência Monofásico	AAL708661688	ANTERIOR	ATUAL	PRÓXIMA	EMIÇÃO	APRESENTAÇÃO	3002737958
		17/01	16/02	15/03	18/02	22/02	

Informações Técnicas				Constante de Multiplicação	Consumo kWh
Tipo de Medição	Leitura Anterior	Leitura Atual			
Energia	827	942		1	115

Informações Gerais

Reajuste tarifário extraordinário - Percentual médio:
Consumidor Cativo (-19,06%) / Residencial (-18,14%).
Aplicação parcial conforme Res. nº 1.422, de 24/01/13.
Leitura realizada conf. calendário de faturamento.
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes
(multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no
vencimento das mesmas.

Valores Faturados

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	115	0,52766224	60,67

Encargos / Cobrança

Contrib. Custeio Ilum. Pública	8,75
--------------------------------	------

Tarifas aplicadas (sem impostos)

Energia Elétrica kWh	0,34556600
----------------------	------------

Indicadores de Qualidade de Fornecimento

Juiz de Fora 4
Mês: 12/2012

	Apurado Mensal	Mensal	Trimestral	Anual
DIC	0,00	4,59	9,19	18,38
FIC	0,00	3,11	6,22	12,45
DMIC	0,00	2,52	-	-
DICRI	0,00	12,22	-	-

Tensão: Nominal=220/127 V Min.=201/116 V Máx.=231/133 V
Valor Encargo Uso Sist. Distribuição: R\$32,95

Informações de Faturamento

Parcelas	Valor R\$	%	Parcelas	Valor R\$	%
Energia	12,95	21,34	Enc. Setoriais	3,60	5,93
Distribuição	21,44	35,35	Tributos	20,93	34,50
Transmissão	1,75	2,88	Total	60,67	100,00

VENCIMENTO

08/03/2013

VALOR A PAGAR

R\$ 69,42

Histórico do Consumo

Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/Dia	Dias de Faturamento
FEV/13	115	3,83	30
JAN/13	126	4,06	31
DEZ/12	124	4,43	28
NOV/12	104	3,15	33
OUT/12	112	3,73	30
SET/12	130	4,06	32
AGO/12	132	4,26	31
JUL/12	114	3,68	31
JUN/12	115	3,83	30
MAI/12	106	3,79	28
ABR/12	117	3,55	33
MAR/12	104	3,35	31
FEV/12	92	3,17	29

Reservado ao Fisco

EC8F.D99B.FA03.7D1B.F243.39F5.E58D.35A9

Base de cálculo(R\$)	ICMS Aliquota(%)	Valor(R\$)	PASEP (R\$)	COFINS (R\$)
60,67	30	18,20	0,48	2,25

ANEL - Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares. Ouvidoria CEMIG: 0800 728 3838

FICHA DE INTERNAÇÃO



576986

Nome Francisco de Paulo Alvino
Prontuário 5015333
Data Nascimento 12/02/1964
Idade 48 anos
Sexo Masculino
Est. Civil Casado
Profissão
Endereço Tres Ilhas 35
Cidade Juiz de Fora
CEP 36.030-020
Telefone 3284312265
Convênio SUS
Cod. Usuário 898001277069680
Gua
Autorização
Informação
CID
Procedimento 408060476 TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO

Data 02/01/2013 16:04
Atendimento 576986
Clínica/Leto 2º Andar - SUS Enfermaria 201 B
Médico Álvaro Corrêa Netto
Aut. Int.
Prorrogação
Responsável Elisangela Maria
Rel. Resp.
Mãe Maria Aparecida Romeu
Pai Manoel Alvino
Data Alta 04/01/2013

LANÇADO
01/33

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Pela presente, declaro que ao ser internado neste hospital, me disponho a aceitar seus serviços, cumprir as ordens medicas e autorizo a aplicação dos medicamentos necessários ao tratamento proposto.
 Devido ao grande acesso de publico em suas dependências, o hospital não se responsabiliza por v ou quaisquer pertences dos pacientes que não tenham sido previamente confiados a sua guarda.

Elisangela Maria Eliezer Alvino
 Paciente ou seu Representante Legal

Assinatura do Paciente e ou Responsável

Nome Responsável: Elisangela Maria

Endereço

CPF Responsável:

Adeltisia Giovannini Ribeiro
 FARMACÊUTICA - BIOQUÍMICA
 CRF - 8689

Confere com o original
 HOSPITAL DR. JOÃO FELÍCIO LTDA.



Evolução Paciente

Paciente	Francisco de Paulo Alvino		Atendimento	576.986	
Data Nascto.	12/02/1964	48 Anos	Prontuário	5.015.333	
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	02/01/2013 16:04:32	
Telefone	3299240225		Convênio	SUS Enfermaria	
Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
04/01/2013	Médico	Sumário de alta		Álvaro Corrêa Netto	CRM 35444

SUMÁRIO DE ALTA

Dados Clínicos:RUPTURA DE TENDÃO DE AQUILES DIREITO

Diagnóstico:O ACIMA

Terapêutica:TENOPLASTIA AQUILES DIREITO

**Prescrição e Recomendação na Alta Hospitalar:PÉ ELEVADO
RETORNO PARA ABERTURA DE JANELA NO GESSO TERÇA FEIRA 13 H**

Condições de Alta Hospitalar: *Bom*

Juiz de Fora *04* de *01* de *13*



Assinatura do Médico Responsável



JUIZ DE FORA
PREFEITURA

Declaração

Declaro, para os devidos fins e efeitos que se fizerem necessários que o servidor Francisco de Paulo Alvino, matrícula 5640-5/1, Supervisor de Monitoramento Profissional desta SO, encontra-se de licença médica, no período abaixo discriminado:

Período de afastamento – 02/01/2013 á 20/04/2013

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração em duas vias

Juiz de Fora 11/03/2013

João Paulo Medeiros
SO/ Chefe de Departamento

Secretaria de Obras

Rua Osório de Almeida, 689 – Poço Rico - CEP: 36020-020- Tel: (32) 3690-7403 Ramal 235 - Fax: (32) 3690-7735
Juiz de Fora - MG

O Paciente Francisco
de Paula Almeida foi
atendido e o diagnóstico é
fundo regular (D)
do Ex. físico não sendo
necessário exames de imagem
para confirmação diagnóstica

08/01/13



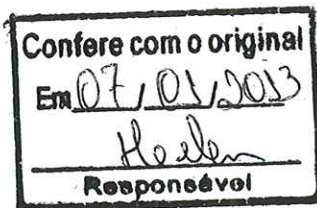
FAVOR NÃO ALTERAR A PRESCRIÇÃO

Rua Barão de Juiz de Fora, 88 - Santos Anjos - CEP 36062-410 - Juiz de Fora/MG
Tel.: (32) 3311-9000 - Fax: (32) 3311-9083
www.hcmg.com.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Francisco do Paulo
Aluno, necessita
de 60 (sessenta)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença, conforme prontuário nº _____.

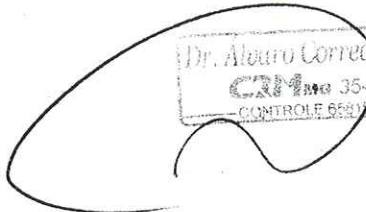
Cy. SP69



11:49

RECEPÇÃO UNIMORS
SERVIDOR(A) RESPONSÁVEL

Juiz de Fora, 02 de 01 de 2013



Dr. Albano Correa Neto
CRM nº 35414
CONTROLE 552082

Assinatura do Médico - CRM nº _____



PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA

Nº DO LAUDO

1560

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME		MATRÍCULA	
Francisco de Paula Almeida		105640501	
ENDEREÇO		SECRETARIA	
Três Ilhos n 35		PRONTUÁRIO Nº	
BAIRRO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	
Santa Regera	12/02/64	84499355	2079
CARGO	REGIME JURÍDICO		
Superintendente	() CLT (X) ESTATUTÁRIO		
EFETIVO NA PJF?	VÍNCULO COM A PJF?	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) Quantos?	
(X) SIM () NÃO	CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos?	2 de 10	

MOTIVO DA LICENÇA/AFASTAMENTO	
O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:	E APRESENTA:
☒ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	☐ ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO
☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA	☐ SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
☐ LICENÇA MATERNIDADE	☐ EXAMES COMPLEMENTARES
☐ PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO	☐ OUTROS
Francisco de Paula Almeida	
ASSINATURA DO SERVIDOR	

LAUDO	
O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO POR	
A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 03, 03, 13 A 20, 09, 13	
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 DO 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 READAPTAÇÃO
☒ 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 artigo 91 da Lei nº 8.710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita às penalidades previstas na legislação municipal.	
Em / /	
Francisco de Paula Almeida	
ASSINATURA DO SERVIDOR	
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)	
Dr. Sérgio Paulo Tofur Pereira CRM nº 13982 CONTROLE 9238387	



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 DO LAUDO

A2769

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME		Francisco de Paula Alvino		MATRICULA	05640501
ENDEREÇO		Três Irmãos n. 35		SECRETARIA	SOBRAS
BAIRRO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	PRONTUÁRIO Nº		
Santa Ruzza	32/02/64	84.49.9355	2279		
CARGO	REGIME JURIDICO				
Supervisor	() CLT (6) ESTATUTÁRIO				
EFETIVO NA P.J.F?	VÍNCULO COM A P.J.F?	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos?			
(X) SIM () NÃO	CARGO (S) EFETIVO(S) - Quantos? 1	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

E APRESENTA

- ☐ ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO
☒ SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
☐ EXAMES COMPLEMENTARES
☐ OUTROS

ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE

02.01.13 A 02.03.13

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 DO 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 READAPTAÇÃO

☒ 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 artigo 91 da Lei nº 8.710, de 31/07/1995, constitui infração disciplinar, sujeita às penalidades previstas na legislação municipal.

Em

16.01.13

ASSINATURA DO SERVIDOR

Dr. Romilson Faria
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

Sr. Francisco de Paulo Alvino

Juiz de Fora, 04 de janeiro de 2013.

USO INT:

AZI 500 ----- 3 CP

TOMAR 1 CP 24/24 H POR 3 DIAS

XEFO 8 MG ----- 1 CX

TOMAR 1 CP 12/12 H

USAR 1 PAR-DE MULETAS



Álvaro Corrêa Netto CRM 35444

C S P COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
RUA SANTA RITA Nº 320 - CENTRO
JUIZ DE FORA - MG - CEP:36.010-070
CNPJ:06.279.678/0001-31
IE:367.291072.00-48
IM:097.374/00-8
08/01/2013 15:32:55V CCF:005551 CDD:006360
CUPOM FISCAL
ITEM CÓDIGO DESCRIÇÃO QTD UN VL UNIT (R\$) ST VL ITEM (R\$)
00T 0000000000915 MULETA CANADENSE FIXA 7/8 VER
2UN X 39,90 03T18,00% 79,80
Subtotal R\$ 79,80
desconto ----- -12,90
TOTAL R\$ 66,90
CARTÃO CREDITO 66,90
T3=03T18,00%
MD-5:0E50C1D39113B75417FCCB290DF53753
Vendedor: 1-Igor
MINAS LEGAL:06279678000131 08012013 6690
GDOOR SISTEMAS
www.gdoor.com.br
9KRFTIPG CLXF84FS B0SMFUYG 9KLCCTN8 DGO834TG8CQF
BEMATECH MP-4000 TH FI ECF-IF
VERSÃO:01.00.02 ECF:001 LJ:0001
0000000000TQYIOTYI 08/01/2013 15:33:08V
FAB:BE091110100011288597

BR



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 FRANCISCO DE PAULO ALVINO portador do R.G. nº M.3.322.281, expedido por SSPMG, data da expedição 21/12/04, C.P.F. nº 506.482.766 - 00, 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 AGENCIA	DÍGITO AGENCIA	Nº DA CONTA	DÍGITO CONTA
☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	<u>Bravi</u>	<u>3205</u>	<u>0</u>	<u>28262</u>	<u>6</u>
☐ 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.

Guiz de Fora, 26/01/2013
LOCAL E DATA

Francisco de Paulo Alvino
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.