

Oficio 124/2012

Juiz de Fora, 14 DE FEVEREIRO DE 2012
A/C: Departamento de Sinistros
SUELEN

REF: SINERPU

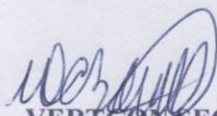
SEG : MARIA DE FATIMA PIRES C ALMEIDA

Visando dar entrada no Sinistro de ATA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- RG/CPF
- COMPROVANTE E RESIDENCIA
- HOLERITE
- ATENDIMENTO DE URGENCIA
- DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR.
- LAUDO DE 02/12/2012 A 03/01/2012
- ATESTADO DE 02/01/2012 A 02/03/2012
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
- LAUDO RESSONANCIA
- ULTRASSON

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Suelen Andrade 28/02/12

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 Márcia Fabiana Pires e de Almeida Data Nascimento 07/12/59

RG 46.10220648 Estado Civil MB.E. Sexo F. MATRICULA / RE _____ CPF 852.460.307-15 Natural de SANTA LIVRAMENTO RS.

Cônjuge ANTONIO MARIA DE ALMEIDA Data Nascimento 05/10/1950

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA. _____

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

Trauma em joelho e evoluindo com dor em T A I M, decaiu a articulação e falção R. mag confirma lesão menisco anterior

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/cu Atendimento: 02/12/2011 Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos: Lesão coeno posterior menisco Ant. Trat. clínico sem melhora

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? nao

Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias? sim + 60 dias

O Acidentado teve alta? Em que data? nao

Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros? nao

Qual o percentual de redução Funcional? _____

Nome do Médico Assistente: Oseas Duplizeira CRM 18842

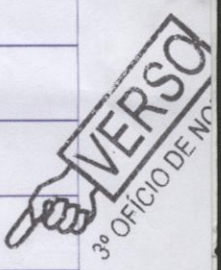
Endereço do Médico: Antonio Coelhos 384

LOCAL / DATA: Joa 31 '01' 12 Oseas Duplizeira Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL _____ Data _____ Márcia Fabiana Pires de Almeida Assinatura do Acidentado

Solicitado

Médico



Oseas Duplizeira

ASSINAR E RECONHECER FIRMA MEDICO/SOLICITANTE

PII 1257
 REGISTRO GERAL
 Nº 10.220.648
 DATA DE EMISSÃO 30/05/1995
 NOME MARIA FATIMA PIRES CASTRO DE ALMEIDA
 FILIAÇÃO
 CLAUDINA PIRES DE CASTRO
 NATURALIDADE
 S ANA DO LIVRAMENTO-RS 7/12/1959
 DATA DE NASCIMENTO
 DOC ORIGEM CAS, LV-9B FL-176V
 JUÍZ DE FORA-MG
 CPF 852760307-17
 Selo de Identidade MG
 M. Maria Fatima Pires Castro de Almeida
 Selo de Identidade MG
 Nº 10.220.648
 Nº 10.220.648
 Nº 10.220.648

PII 1257
 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE MINAS GERAIS
 SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

 POLEGAR DIREITO

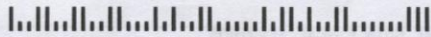
 Maria Fatima Pires Castro de Almeida
 Selo de Identidade MG
 Nº 10.220.648

Poder Judiciário
 do Estado de Minas Gerais
 Corregedoria Geral de Justiça
Selo de Fiscalização
AUTENTICACAO
BPY 86466
AUTÉ
 Certifico a autenticidade do presente
 que confere com seu original ora exibido
 este fim. Dou Fé.
 Juiz de Fora _____ de _____
 Em _____ de _____ de _____
 09 FEV 2012
 Tabelião
 Taxa
 Emol.

Lei Est. 15424/04		Tab. 1
Emolumentos		R\$ 3,44
Taxa Fisc. Jud.		R\$ 1,07
Total		R\$ 4,51



TELEMAR NORTE LESTE S/A
 CNPJ: 33.000.118/0003-30 - INSC. ESTADUAL: 062.149964.00-47
 AV AFONSO PENA, 4001 - BELO HORIZONTE - MG CEP: 30130-008
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79



CDD JUIZ DE FORA NORTE MG

MARIA FATIMA PIRES CASTRO DE ALMEIDA
 RUA HENRIQUE DIAS, 800
 NOVA BENFICA
 36090-290 JUIZ DE FORA-MG



200003989636609000030612320020112

SMI:EM-10-MG-81627-2-0306123-0002668

SEQUENCIAL: 000043385 - 10

DATA DE EMISSAO 01/01/2012	TELEFONE 3222-8168 0 3
CNPJ / CPF 00085276030715	
INSCRICAO ESTADUAL	VALOR A PAGAR R\$ 173,86
TIPO DE TERMINAL RESIDENCIAL	
COD. DEB. AUTOMATICO 881702006739	VENCIMENTO 15/01/2012
CODIGO DDD 32	



00306123

0002668

PLANO LOCAL:	HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS:	12/11: 463:48	11/11: 519:00	10/11: 332:12
BASICO		09/11: 526:30	08/11: 528:00	07/11: 385:48

PAG./LINHA DATA DESCRICAO TEL.ORIGEM TEL.CHAMADO HORARIO DURACAO TARIFA VALOR

CODIGO PROXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVICO REFATURADO, DESCONTO E/OU PARTICIPACAO EM PLANO PROMOCIONAL, CONFORME ABAIXO:
 VD - VALOR COM DESCONTO
 P1759 - 31 FRANQUIA 10MIN

PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A NFST N. 00000618374/SERIE /SUB-SERIE
 TELEFONE 06730 3222-8168 0 3

SERVICOS MENSAIS				
0001/01	23/12/2011	ASSINATURA USO RESIDENCIAL	01 A 23/12/11	31,07
0001/02	28/12/2011	ASSINATURA USO RESIDENCIAL	24 A 30/12/11	9,64
0001/03	28/12/2011	ASSINATURA PLANO FRANQUIA LDN		4,34
SUBTOTAL				45,05

LIGACOES LOCAIS						
0001/04	28/12/2011	CONSUMO MINUTOS	463:48 FRANQUIA	200:00 MINUTOS ALEM DA FRANQUIA	263:48	24,52
SUBTOTAL						24,52

LIGACOES LOCAIS PARA CELULAR							
0001/05	23/12/2011	MG - COD AREA 32	32 9104-0581	15:33:37	00:00:30	NORMAL	0,39
0001/06	12/12/2011	MG - COD AREA 32	32 8883-0765	17:46:56	00:00:48	NORMAL	0,58
0001/07	13/12/2011	MG - COD AREA 32	32 8883-0765	18:56:24	00:00:30	NORMAL	0,37
0001/08	16/12/2011	MG - COD AREA 32	32 8809-7204	09:47:03	00:00:30	NORMAL	0,37
0001/09	17/12/2011	MG - COD AREA 32	32 8809-7204	11:41:08	00:00:30	NORMAL	0,37
0001/10	17/12/2011	MG - COD AREA 32	32 8809-7204	15:21:40	00:00:30	NORMAL	0,37
0001/11	18/12/2011	MG - COD AREA 32	32 8837-0677	00:00:45	00:00:30	REDUZIDA	0,25
0001/12	20/12/2011	MG - COD AREA 32	32 8871-7368	13:24:54	00:01:18	NORMAL	0,97
0001/13	22/12/2011	MG - COD AREA 32	32 8703-2249	10:44:18	00:00:30	NORMAL	0,37
SUBTOTAL							4,04

LIGACOES LOCAIS A COBRAR DE CELULAR							
0001/14	20/12/2011	LOCAL A COBRAR ORIGINADO CELULAR	32 9104-0581	18:36:42	00:00:54	NORMAL	0,71
SUBTOTAL							0,71

LIGACOES LONGA DISTANCIA NACIONAL COM 31							
0001/15	18/12/2011	MG JUIZ DE FORA	21 3799-2618	17:44:59	00:01:24	FLAT D1	P1759 0,61
0001/16	18/12/2011	RJ RIO DE JANEIRO	21 2287-2728	11:19:32	00:15:24	FLAT D3	P1759 2,34
0001/17	20/12/2011	RS SANT LIVRAMENTO	55 3241-5043	00:07:29	00:27:24	FLAT D4	P1759 11,90
0001/18	23/12/2011	RJ RIO DE JANEIRO	21 4102-7994	23:06:20	00:14:06	FLAT D3	P1759 6,11
SUBTOTAL							20,96

100306123

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

Dezembro/2011

MATRÍCULA
042602-4.01NOME
Maria F. P. Castro de Almeida CPF: 852.760.307-15CARGO
Agente Comunitario de Saude - Padrão I
10.104002.249-TEMPORARIOSBANCO / AGÊNCIA / CONTA
Banco Do Brasil S/A
24-8 /46026 -5

COD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
0001	Salário	220	784,93	
0015	Insalubridade	20	132,89	
0017	Seguro Verticon			39,66
0085	Sinserpu	1		7,85
0224	Plano de Saude			235,51
0528	INSS	8		73,42
Salário			784,93	
Base IRRF.:		917,82		
TOTAL			917,82	356,44
VALOR LÍQUIDO				561,38

MENSAGEM

Obrigado por fazer de 2011 um ano de grandes conquistas para Juiz de Fora.
2012 será ainda melhor.



JUIZ DE FORA

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA
Secretaria de Administração e Recursos Humanos
Subsecretaria de Pessoas
Departamento de Ambiente Organizacional
Supervisão de Apoio Administrativo

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins e efeitos que se fizerem necessários que
O (A) SERVIDOR (A) Maria Fatima Lins Castro de Almeida
no CARGO de Agente de Saúde lotado na 55 desta
Prefeitura de Juiz de Fora , esteve de Licença Médica , no (s) período (s) abaixo/discriminado (s):

No período de 02/12/2011 a 09/12/2011
20/12/2011 a 24/12/2011
25/12/2011 a 30/12/2011
31/12/2011 a 03/01/2012

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração em 02 (duas) vias.

Juiz de Fora, 19 de Janeiro de 2012

Departamento de Ambiente Organizacional
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

19/12/2016



PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

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

109653

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME <i>Maria Fátima Pires Costa de Almeida</i>			MATRÍCULA <i>4260240</i>
ENDEREÇO <i>R. Henrique Dias 800</i>			SECRETARIA <i>35</i>
BAIRRO <i>Vila Benfica</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>7/12/59</i>	TELEFONE <i>88097204</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>20814</i>
CARGO <i>agente de saúde</i>		REGIME JURÍDICO (<input checked="" type="checkbox"/>) CLT () ESTATUÁRIO	
EFETIVO NA PJJ? () SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO	VINCULO COM A PJJ? CARGO(S) EFETIVO(S) - QUANTOS? <i>1</i>	CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - QUANTOS? <i>1</i>	

MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:

E APRESENTA:

- LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE
- LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA
- LICENÇA MATERNIDADE
- PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO
- REABILITAÇÃO

- ATESTADO MÉDICO
- SUMÁRIO DE ALTA HOSPITALAR
- EXAMES COMPLEMENTARES
- OUTROS _____

Maria Fátima Pires Costa de Almeida
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE *02/12/11* A *09/12/11*
- 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 as penalidades previstas na legislação municipal.

EM *13/12/11*

Com o original
Em *19/12/2016*
Hedem
Responsável



ASSINATURA DO SERVIDOR

Departamento de Ambiência Organizacional (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

105898

21/12/2012

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME <i>Maria Fatima Pires Bastos de Almeida</i>			MATRÍCULA <i>42602-4102</i>
ENDEREÇO <i>R. Henrique Dias 900</i>			SECRETARIA <i>55</i>
BAIRRO <i>Nova Bonfina</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>03/12/59</i>	TELEFONE <i>3222-8168</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>2084</i>
CARGO <i>Agte. Comum. Saúde</i>		REGIME JURÍDICO <input checked="" type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> ESTATUÁRIO	
EFETIVO NA PJJ? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	VINCULO COM A PJJ? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	CARGO(S) EFETIVO(S) - QUANTOS? <i>1</i>	CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - QUANTOS? <i>0</i>

MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:	E APRESENTA:
<input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> ATESTADO MÉDICO
<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	
<i>X Maria Fatima P. Bastos</i>	
ASSINATURA DO SERVIDOR	

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE *10/12/11* A *20/12/11*

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 ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO

VOLTAR PARA EXAME 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 ____/____/____

X Maria Fatima P. Bastos

ASSINATURA DO SERVIDOR

Compare com o original
Em *19/01/2012*
Heden
Responsável

Dra. Anna Cristina F. dos Santos
CRM nº 15131
CONTROLE 7537409

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

Departamento de Ambiência Organizacional



PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA

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

105695

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME <i>Maria Estelma P. Costa de Almeida</i>			MATRÍCULA <i>42602-410</i>
ENDEREÇO <i>Alameda Dias n 200</i>			SECRETARIA <i>55</i>
BAIRRO <i>Barfica</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>07/12/59</i>	TELEFONE <i>3228168</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>20854</i>
CARGO <i>Acesso Comunitário de Saúde</i>		REGIME JURÍDICO (<input checked="" type="checkbox"/>) CLT () ESTATUÁRIO	
EFETIVO NA PJJ? () SIM () NÃO		VINCULO COM A PJJ? CARGO(S) EFETIVO(S) - QUANTOS? <i>1</i>	
		CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - QUANTOS? <i>18</i>	

MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:

E APRESENTA:

- LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE
 LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA
 LICENÇA MATERNIDADE
 PRORROGAÇÃO DE BENEFÍCIO
 REABILITAÇÃO

- ATESTADO MÉDICO
 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 *20/12/11* A *24/12/11*
 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 () ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO
 () VOLTAR PARA EXAME 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 *29/12/11*

Maria Estelma P. Costa de Almeida
ASSINATURA DO SERVIDOR

Dra. Leânice Marçal Testes
CRM-MG 14335

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

03/01/2012



PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

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

110134

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME Maria Fatima Pires Bastos de Almeida			MATRÍCULA 4262240
ENDEREÇO R. Henrique Dias 800			SECRETARIA Saúde
BAIRRO Nova Benfica	DATA DE NASCIMENTO 07/12/59	TELEFONE 3222-8168	PRONTUÁRIO Nº 20814
CARGO Azel. Comum Saude		REGIME JURÍDICO () CLT () ESTATUÁRIO	
EFETIVO NA PJJ? () SIM () NÃO	VINCULO COM A PJJ? CARGO(S) EFETIVO(S) - QUANTOS? 1	CARGO(S) TEMPORÁRIO(S) - QUANTOS? 0	

MOTIVO DA LICENÇA / AFASTAMENTO

O SERVIDOR ACIMA SOLICITA:	E APRESENTA:
<input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> ATESTADO MÉDICO
<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	
<p>X</p> <p>ASSINATURA DO SERVIDOR</p>	

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 31/12/11 A 03/01/12

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 () ENCAMINHADO À REABILITAÇÃO

() VOLTAR PARA EXAME TRÊS DIAS ANTES DO TÉRMINO DA LICENÇA (X) 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 03/01/12

Em 03/01/2012
Responsável

Dra. Anna Cristina F. dos Santos
CRM 15131
CONTROLE 7537409

ASSINATURA DO SERVIDOR

Departamento de Ambiência Organizacional
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

ATESTADO MÉDICO

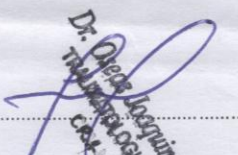
Atesto, para devidos fins e efeitos que

M^a Fabiana P. C. de Almeida
está impossibilitado (a) de exercer suas atividades normais e regulares
por estar sob cuidados médicos, durante o período abaixo:

Número de dias: 30 a partir de 02/01/12

Número de horas: entre - às -

Juiz de Fora, 02 de 01 de 2012


Dr. Diego Joaquim de Oliveira
Médico ORTOPEDIA
CRM 16.1342

Gratificações
gêneros e edições Ltda. (32) 3231-3177

MONTE SINAI Hospital e Maternidade

Rua Vicente Beghelli, 315 - Dom Bosco - 36025-550 - Juiz de Fora - MG
Telefax (32) 3239-4455 / 2104-4455 / 2104-4000 www.hospitalmontesinai.com.br

Mod. 023



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para devidos fins e efeitos que

M^ª Fabiana PC de Almeida

está impossibilitado (a) de exercer suas atividades normais e regulares por estar sob cuidados médicos, durante o período abaixo:

Número de dias: 30 a partir de 31 / 01 / 12

Número de horas: _____ entre _____ - _____ às _____ - _____

Juiz de Fora, 31 de Janeiro de 2012

Dr. Oséas Joaquim de Oliveira
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM MG 18842

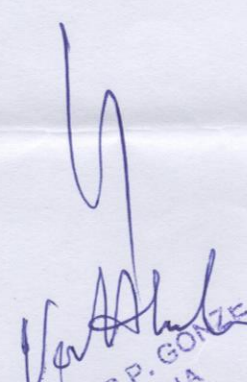


Alergia | Imunologia
Angiologia
Cardiologia
Cirurgia vascular
Clínica geral
Dermatologia
Endocrinologia Pediátrica
Gastroenterologia
Ginecologia / Obstetrícia / Mastologia
Nefrologia Pediátrica
Ortopédia
Otorrinolaringologia
Pediatria Geral
Pneumologia
Urologia

Outros Serviços

Fisioterapia | RPG
Fonoaudiologia
Nutrição
Psicologia
Teste da Orelhinha
Vacinas (Adultos e Crianças)
Laboratório

Atesto que Mãe de
Fatima P.E. Almeida,
foi atendida por mim
nesta data (02/12/2011)

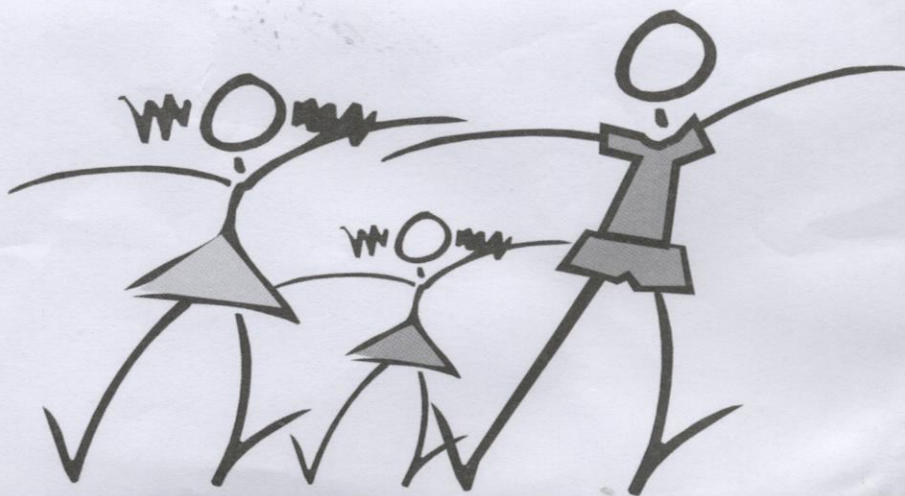

DR. VALTER P. GONZE
ORTOPEDIA
CRM-13966

130212

Horário de Funcionamento
2ª a 6ª feira de 08:00 às 20:00h
Sábados: 08:00 às 16:00
Domingos e Feriados: 08:00 às 13:00h

Não haverá atendimento nos dias 25/12 e 01/01

R. Tomé de Souza, 116 | Benfica | Juiz de Fora | MG
Telefax: (32) 3221-2184
E-mail: crescendocomsaude@yahoo.com.br



Corpo Clínico

Dr. Ary Pinheiro de Barros - CRM/MG 16.197
Dr. Waldyr José Moreira Abizaid - CRM/MG 27.188
Dr. Eduardo Neumann Cupolilo - CRM/MG 42.970


Magnescan
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ALTO CAMPO

Paciente: MARIA FATIMA PIRES CASTRO DE ALMEIDA

Código: 40077

Exame: RM ARTICULAR

Data do Exame: 15/12/2011

Médico Solicitante: Dr(a) VALTER DE PAULA GONZE

Convênio: SAUDE DO SERVIDO

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA

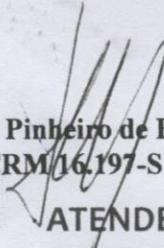
Exame realizado em aparelho de Alto Campo nas seguintes sequências:

- . FSE DP no plano sagital.
- . SE T1 no plano sagital.
- . FAT SAT T2 no plano axial.
- . FAT SAT DP nos planos sagital e coronal.

RELATÓRIO

- . Ausência de lesão óssea.
- . Área de sinal hiperintenso no corno posterior do menisco interno, com extensão para a superfície articular, compatível com lesão grau II.
- . Área de sinal hiperintenso em toda a extensão do menisco externo, compatível com lesão intra-substancial grau II.
- . Sinais sugestivo de ruptura parcial do ligamento cruzado anterior.
- . Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.
- . Tendão do quadríceps e patelar com intensidade de sinal normal.
- . Cartilagem patelar preservada.
- . Presença de derrame articular.

A "IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA" é de probabilidade, devendo ser considerada em conjunto com dados clínicos e laboratoriais. Somente seu médico tem condições de interpretar corretamente o conjunto de todas estas informações.


Dr. Ary Pinheiro de Barros
CRM 16.197-S

ATENDEMOS A TODOS OS CONVÊNIOS

Rua: Constantino Paleta - nº 129 - Cep: 36015-450
Juiz de Fora - MG

(32) 4009-1919

www.magnescan.com.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 MARIA FATIMA PIRIS CASTRO DE ALMEIDA, portador do R.G. nº MG 10.220.648, expedido por SSP/MG, data da expedição 30/05/95, C.P.F. nº 852.960.307-15, 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	DIGITO AGÊNCIA	Nº DA CONTA	DIGITO CONTA
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE		0024-	8	46.026 -	5
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA					

BANCO DO BRASIL

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.

Juiz de Fora, 14/02/2012

LOCAL E DATA

Maria Fatima P. Castro de Almeida

ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)

(Assinar igual ao RG - Não precisa reconhecer firma)

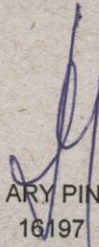
ATENÇÃO: Preencher corretamente os dados de sua conta corrente, agência e banco, verificando sempre os dígitos, evitando assim o cancelamento do crédito.

Nome do Paciente: **MARIA FATIMA PIRES CASTRO DE ALMEIDA**
Data de Nascimento: **07/12/1959**
Medico Solicitante: **Dr(a). VALTER DE PAULA GONZE**
Data/Hora do Exame: **01/12/2011 11:06**
Exame: **USG ARTICULAÇÃO (POR ARTICULAÇÃO)**

Reg.: 12577

ULTRASSONOGRAFIA DE
JOELHO ESQUERDO

- O exame mostra:
- Tendão patelar e do quadriceps sem alterações.
- Ligamentos colaterais de aspecto normal.
- Presença de derrame articular. —
- Região poplíteia normal.



DR. ARY PINHEIRO BARROS
CRM 16197

SIMONE