

Sind. dos Serv. de Fuz. de For



DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE SINISTRO

DIT [x]

DMH' []

SINISTRADO : Otília Márcia Valverde

SEGURADO : a mesma

OCCORRENCIA : 22/05/2009

DATA DO AVISO 10/08/2009

DOCUMENTOS ANEXOS

DOCUMENTAÇÃO DO SEGURADO

- | | | |
|-------|--|---------------------------------|
| [x] | Aviso de Sinistro original | - (x) Autenticada () Simples |
| [x] | Xerox - RG do Segurado | - (x) Autenticada () Simples |
| [x] | Xerox - CPF do Segurado | - (x) Autenticada () Simples |
| [x] | Xerox - Comp / Residência | - () Autenticada () Simples |
| [] | Xerox - Prontuário Médico | - () Autenticada () Simples |
| [x] | Xerox - Holerite do Mês <u>05/2009</u> | - (x) Autenticada () Simples |
| [] | Xerox - Ficha de Registro | - () Autenticada () Simples |
| [] | Xerox - Cartão Proposta | - () Autenticada () Simples |
| [] | Xerox - Boletim de Ocorrência | - () Autenticada () Simples |
| [] | Xerox - Laudo do IML | - () Autenticada () Simples |
| [x] | Xerox - CAT | - (x) Autenticada () Simples |
| [] | Xerox - Exame Dosagem Alcoólica | - () Autenticada () Simples |
| [x] | Xerox - Atestados Médicos | - (x) Autenticada () Simples |
| [] | Xerox - Exames Complementares | - () Autenticada () Simples |
| [] | Notas Fiscais originais | |
| [x] | <u>Declaração da Prefeitura</u> | |
| [x] | <u>01 Radiografia</u> | |
| [] | | |
| [] | | |

Enviado por Julien Data 10/08/09

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P11-520

POLEGAR DIREITO

Otilia Marcia Valverde

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

M-6.887.057

DATA DE EMISSÃO: 10/07/90

OTILIA MARCIA VALVERDE

EDVAL VALVERDE

MARIA DE LOURDES RAÍFF VALVERDE

NATURALIDADE: LARANJAL-MG

DATA DE NASCIMENTO: 31/12/70

NAS LV-28 FL-630 LARANJAL-MG

B74153728-20

ASSINATURA DO DETENTOR

P11-520

2º SERVIÇO DE NOTAS - J.FORA/MG

AUTENTICAÇÃO

DECLARO SER AUTENTICA PRESENTE

CÓPIA REPROGRÁFICA DO IFE

J.FORA. 24 JUN. 2009

Rômulo Vinicius Alves - Escrevente Substituto

Danilo Garcia Carneiro - Tabelião Substituto

Emol.: R\$ 3,00 - TFJ: R\$ 0,94 - TOTAL: R\$ 3,94

Selo de Fiscalização

AUTENTICAÇÃO

SCF 61041

CEMIG

A Melhor Energia do Brasil

14134626

1001

ABA068023551

Contrato Especial

7360587304/DR/MG

CEMIG

CORREIOS

Chic & Chic

em

Dia das Mães.

Pra que esse buquê tão grande, Chic?

Pra agradecer pela ENERGIA que mamãe usou pra me criar!

Ish! Então vou precisar de um buquê bem MAIOR!

Mãe, a melhor energia do mundo.

CEMIG

A Melhor Energia do Brasil.

GOVERNO DE MINAS

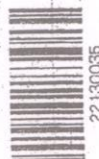
AGÊNCIA VIRTUAL

www.cemig.com.br

atendimento@cemig.com.br

caso este número não esteja disponível na sua cidade, ligue: 0800 7210 116

116 FALE COM A CEMIG



OTILIA MARCIA VALVERDE

RUA CARNAUBA 350 CX 2

AMAZONAS

36083-040 JUIZ DE FORA, MG

NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

VENCIMENTO: 11/06/2009

SMI: 22-MG-01-06-22130035-005434

2º SERVIÇO DE NOTAS - J.FORA/MG

AUTENTICAÇÃO

DECLARO SER AUTENTICA PRESENTE

CÓPIA REPROGRÁFICA DO IFE

J.FORA. 24 JUN. 2009

Rômulo Vinicius Alves - Escrevente Substituto

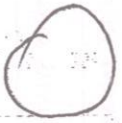
Danilo Garcia Carneiro - Tabelião Substituto

Emol.: R\$ 3,00 - TFJ: R\$ 0,94 - TOTAL: R\$ 3,94

Selo de Fiscalização

AUTENTICAÇÃO

SCF 61042



Supervisão de Apoio de TI
 Rua Francisco de Paula, 100 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Atividade: 1001 - TI - Apoio de TI
 Descrição: 1001 - TI - Apoio de TI
 Data: 10/01/2010
 Valor: 1001 - TI - Apoio de TI

Item	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
1001	TI - Apoio de TI	1001	1001	1001	1001	1001	1001	1001	1001
1002	TI - Apoio de TI	1002	1002	1002	1002	1002	1002	1002	1002
1003	TI - Apoio de TI	1003	1003	1003	1003	1003	1003	1003	1003
1004	TI - Apoio de TI	1004	1004	1004	1004	1004	1004	1004	1004
1005	TI - Apoio de TI	1005	1005	1005	1005	1005	1005	1005	1005
1006	TI - Apoio de TI	1006	1006	1006	1006	1006	1006	1006	1006
1007	TI - Apoio de TI	1007	1007	1007	1007	1007	1007	1007	1007
1008	TI - Apoio de TI	1008	1008	1008	1008	1008	1008	1008	1008

TOTAL: 1001 - TI - Apoio de TI

Atividade: 1001 - TI - Apoio de TI



JUIZ DE FORA

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

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins e efeitos que se fizerem necessários que
O (A) SERVIDOR (A) Odete Marcia Valverde
no CARGO de Aux de Engenharia lotado na Scuola desta
Prefeitura de Juiz de Fora , esteve de Licença Médica , no (s) período (s) abaixo discriminado (s):

25/03/9 - 30/4/9

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

Juiz de Fora, 06 de Julho de 2009

Elizabeth Siqueira
Elizabeth Siqueira
COORDENADORA DE DOCUMENTOS
SARVSSP/DAMOR

HPS

PREFEITURA DE
JUIZ DE FORACOMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT
(ESTATUÁRIOS)

INSTITUIÇÃO

NOME
Prefeitura Municipal de Juiz de ForaENDEREÇO
Av. BrasilMUNICÍPIO
Juiz de ForaESTADO
MG

CNPJ

183381780001-00

CÓDIGO DA ATIVIDADE

ACIDENTADO

NOME
Otília Marcia ValenteENDEREÇO
R. Carmoila, 350 - Amazônia Juiz de Fora - MGDATA DO NASCIMENTO
31.12.70IDADE
38 ANOSSEXO
F

ESTADO CIVIL

Solteira

MUNICÍPIO / ESTADO

CTPS/CARTEIRA DE IDENTIDADE

M.G. 887.057

PROFISSÃO

Aux. Enfermagem

SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO

POR

HORA

DIA

MÊS

REABERTURA DA CAT

SIM

NÃO

REINÍCIO TRATAMENTO

SIM

NÃO

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE

23.01.2009

HORA

10:00

APÓS

3

HORAS DE TRABALHO

DATA DO AFASTAMENTO DO TRABALHO

LOCAL DO ACIDENTE

R. Guacari

HOVE REGISTRO POLICIAL?

SIM

NÃO

OBJETO CAUSADOR

ESCADA

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S)

TRAUMA CONTUSO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO → DISTENSÃO MUSCULAR MÍO
CIATÁLGICA

TESTEMUNHAS

NOME
Jocely Antônio RodriguesENDEREÇO
R. Súdimo Gomes Monteiro, 150 - Santa Cruz

NOME

ENDEREÇO

ASSINATURA

Juiz de
Fora

28 de Janeiro de 2009

 P/ Paulo César de Oliveira
 COORDENADOR GERAL DO SAMU
 SAMU ASSINAT

LAUDO DE EXAME MÉDICO

1 - APRESENTAÇÃO DO ACIDENTADO

SERVIÇO MÉDICO

HPS

DATA

21.01.09

HORA

14:27

2 - DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES)

Dois quadrantes de braço
direito

3 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Distensão muscular
coxa direita

4 - HA COMPATIBILIDADE ENTRE O ESTÁGIO EVOLUTIVO DA(S) LESÃO(ÕES)

E

SIM

NÃO

5 - HA 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 SUBMETTER-SE O ACIDENTADO

HOSPITALAR

AMBULATORIAL

7 - DURAÇÃO DO PROVÁVEL TRATAMENTO

DIAS

07

8 - O ACIDENTADO FOI HOSPITALIZADO EM

LOCAL

DATA GHI/AT

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

SIM

NÃO

11 - OBSERVAÇÕES

10 - CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEXISTÊNCIA AO ACIDENTE

NÃO

LOCALIDADE

Juiz de Fora

DATA

21.1.9

MÉDICO DE ATENDIMENTO (ASSINATURA E CARIMBO)

 Dr. Fábio Alves de Almeida
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - MG 24.241

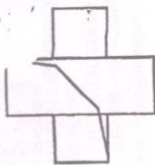
SERVIÇO MÉDICO A QUE FOI ENCAMINHADO

1ª VIA - DASS - 2ª VIA - SERVIDOR

Confere com o original

Em 18.06.09

R. Becker



SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

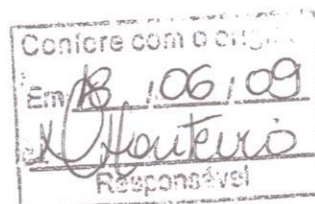
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR(A) Okélio
Vahard PORTADOR DA CARTEIRA
PROFISSIONAL Nº _____ SÉRIE _____ NECESSITA
DE 04 (quatro) DIAS DE AFASTAMENTO DO
TRABALHO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.
CID _____

UPJ
UNIDADE

04/06/09
LOCAL E DATA
Dr. Fábio Alberto Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - MG 24.241

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.





ORTOCLIN

Clínica de Ortopedia Traumatologia Fisioterapia Juiz de Fora Ltda

Rua Benjamin Colucci, 50 4º Andar
Tel.: (032) 3215-1741
(032) 3215-9232

CGC: 261.260.78/0001-40

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Dr. João Cesar Novais

compareceu para atendimento nesta clínica, e não apresenta condições de exercer suas atividades laborativas por 02 (dois) dias.

Diag. Doença Aguda - Lumbago - Lumbalgia

Juiz de Fora, 25 de junho de 2009.

Dr. João Cesar Novais
ORTOPEDIA
CRM-MG 9529

18.06.09
O. Novais

Responsável
CM
Conferir com o original



ORTOCLIN

Clinica de Ortopedia Traumatologia Fisioterapia Juiz de Fora Ltda.

Rua Benjamin Colucci, 50 4º Andar
Tel.: (032) 3215-1741
(032) 3215-9232

CGC: 261.260.78/0001-40

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

compareceu para atendimento nesta clínica, e não apresenta condições de exercer suas

atividades laborativas por 20 (vinte) dias

Diag.: Acid. fem. D.

Juiz de Fora, 03 de fevereiro de 2009.

Dr. João Cesar Novais
ORTOPEDIA
CRM-MG 9529

Conforme com o original
Em: <u>18/06/09</u>
<u>Dr. Henrique</u>
Responsável



ORTOCLIN

Clínica de Ortopedia Traumatologia Fisioterapia Juiz de Fora Ltda.

Rua Benjamin Colucci, 50 4º Andar

Tel.: (032) 3215-1741

(032) 3215-9232

CGC: 261.260.78/0001-40

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que

compareceu para atendimento nesta clínica, e não apresenta condições de exercer suas atividades laborativas por 30 (trinta) dias.

Diag.: fratura m. hum.

Juiz de Fora, 21 de junho de 2009.

Dr. João Cesar Novais
ORTOPEDIA
CRM-MG 0229

Confere com o original
Em 18/06/09
Responsável



ortoclin

CLÍNICA DE ORTOPEDIA - FRATURAS - RAIOS X - FISIOTERAPIA

Dr. Guilherme Bittar
CRM 17419

Dr. João Cesar Novais
CRM 9529

Dr. Reginaldo Braída Lopes
CRM 13124

Dr. Ricardo A. Bittar
CRM 13207

Dr. Valter de Paula Gonze
CRM 13966

Dr. Wellington R. Lavinias
CRM 15716

[Handwritten notes and signatures in the main body of the document, including the date 1903.09]

Rua Benjamin Colucci, 50 / 4º Andar - Telefones: (32) 3215-1741 - 3215-9232 - Juiz de Fora - MG

Confere com o original
Em 18.06.09
Roukico

Dr. João Cesar Novais
ORTOPEDIA
CRM-MG 9529



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 65199

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME	Otília Maria Valverde			MATRÍCULA
ENDEREÇO	Caruiba 350			SECRETARIA
BAIRRO	Amazonia	DATA DE NASCIMENTO	31/12/70	PRONTUÁRIO Nº
		TELEFONE	99486454	13066

CARGO	Aux. de enf.		REGIME JURÍDICO
			() CLT (X) ESTATUTÁRIO
EFETIVO NA PJF?	VÍNCULO COM A PJF?	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos?	
(X) SIM () NÃO		01	
CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos?		01	

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

Otília Valverde
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 21/01/09 A 31/01/09

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

(X) INICIAL () PRORROGAÇÃO

APÓS O PERÍODO DE AFASTAMENTO:

- (X) O SERVIDOR DEVERÁ REASSUMIR IMEDIATAMENTE SUAS ATIVIDADES
() 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 27/01/09

Otília Valverde
ASSINATURA DO SERVIDOR

[Assinatura]
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 65525

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME <u>Otilia Márcia Valverde</u>			MATRÍCULA
ENDEREÇO <u>R. Carnaúba, 350</u>			SECRETARIA <u>SSDA</u>
BAIRRO <u>Amazonia</u>	DATA DE NASCIMENTO <u>31/12/70</u>	TELEFONE <u>9948-6454</u>	PRONTUÁRIO Nº <u>13066</u>

CARGO <u>Aux. End.</u>	REGIME JURÍDICO ☐ CLT ☒ ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF? ☒ SIM ☐ NÃO	VÍNCULO 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:

- ☐ 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 CAT

Otilia Valverde
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 03 / 02 / 09 A 22 / 02 / 09
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 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 03 / 02 / 09

Otilia Valverde
ASSINATURA DO SERVIDOR

Pro. M. Angélica C. Santos
Pneumologista
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 64894

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME <i>Otilia Marcia Valverde</i>			MATRÍCULA
ENDEREÇO <i>R. Carnaúba 350</i>			SECRETARIA <i>Saúde</i>
BAIRRO <i>Amazonia</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>31/12/70</i>	TELEFONE <i>99486454</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>13066</i>
CARGO <i>Aux. Enfermagem</i>			REGIME JURÍDICO () CLT (x) ESTATUTÁRIO
EFETIVO NA PJF? (x) SIM () NÃO	VÍNCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? <i>1</i>	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? _____	

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 _____

Otilia Valverde
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE *23.02.09* A *25.03.09*
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: (x) SIM () 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 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 _____

Otilia Valverde
ASSINATURA DO SERVIDOR

02/03/09
Dr. Sérgio Paulo Rato Ferreira
MÉDICO DO TRABALHO
RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)
DAMOR - PJF



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 067931

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
NOME:	Gíliia Márcia Valverde		MATRÍCULA:
ENDEREÇO:	R. Carnauba nº 350		SECRETARIA: SDA
BAIRRO:	Amazonia	DATA DE NASCIMENTO: 31/12/70	TELEFONE: 99486454
CARGO: Aux. enfermagem		REGIME JURÍDICO () CLT () ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF?	() NÃO	VINCULO COM A PJF?	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? 0
CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? 01			

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:

Gíliia Valverde
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 26/03/09 A 30/04/09
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: (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 23.03.09

Gíliia Valverde
ASSINATURA DO SERVIDOR

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

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

Conferir com o original