

Ofício 213/2014

Juiz de FORA 02 setembro 2014

A/C: Departamento de Sinistros

Visando dar entrada no Sinistro de DIT conforme documentação anexa:

SONIA REGINA SILVA

**AVISO DE SINISTRO
ATENDIMENTO URGENCIA
CAT
RG E CPF
COMPROVANTE RESIDENCIA
HOLERITE
AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO
LAUDOS
DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR 07/06/2014 A 25/09/2014
RX**

ATENCIOSAMENTE



**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	SONIA REGINA SILVA			Data Nascimento	10.02.64.
RG	Estado Civil	Sexo	MATRICULA / RE	CPF	Natural de
Cônjuge				Data Nascimento	

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.

17.P.S. 07.06.2014.
Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e consequências.

Ao levantar paciente em uma cama, joelho direito foi de encontro a grade de ferro da dita cama. No momento apresentou dor intensa e edema.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.
07/10/2014	Paciente com Trauma em joelho direito com lesão de menisco externo. Medicação com anti-inflamatório, analgésico e gelo. Afastado 15 dias.
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?	-
O Acidentado teve alta? Em que data?	sem hospitalização, curado sem alta
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	Não
Qual o percentual de redução Funcional?	
Nome do Médico Assistente.	PRISCILA MOURA DE SOUZA
Endereço do Médico.	
LOCAL / DATA	juiz de Fora 31.8.14
	Assinatura do Médico 51777

LOCAL

Data

02 SET. 2014

Sônia Regina Silva
Assinatura do Acidentado



Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:
(BSA48869) SONIA REGINA SILVA
Juiz de Fora, 02/09/2014
Em Testemunho _____ da verdade.

Maria Cacilda de Carvalho - Escrevente Autorizada



PROTÓTIPO DE RECIBO DE PAGAMENTO DE JUROS E MULTAS
PROTÓTIPO DE RECIBO DE PAGAMENTO DE JUROS E MULTAS

PROTÓTIPO DE RECIBO DE PAGAMENTO DE JUROS E MULTAS

CARTÓRIO VIANA JÚNIOR
2º Ofício de Notas

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de:
(F5)15320-PRISCILA MOURA DE SOUZA.

Juiz de Fora, 02/09/2014.

GABRIELA OLIVEIRA GONCALVES-ESCREVENTE

Emol:R\$3,68 FCR:R\$0,22 TFC:R\$1,21 Total:R\$ 5,11

AV. BARÃO DO RIO BRANCO, 2050 - CENTRO - JUIZ DE FORA - MG - CEP 36013-570 - TEL: (32) 2119-052



Selo de Fiscalização

MS/DATASUS

HOSPITAL PRONTO SOCORRO DR MOZART GERALDO TEIXEIRA

No. DO BE: 831509
CNS:DATA: 07/06/2014 HORA: 03:33 USUARIO: IRANI
SETOR: 09 - P.A. TRAUMATOLOGIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SONIA REGINA SILVA
IDADE.....: 50 ANOS NASC: 10/02/1964
ENDEREÇO.....: RUA-JOSE MARON
COMPLEMENTO...: CASA 01 BAIRRO: BARBOSA LAGE
MUNICIPIO.....: JUIZ DE FORA UF: MG
NOME PAI/MAE...: AILTON SILVA /MARIA DAS DORES FERREIRA SIL
RESPONSÁVEL...: CNS- 209716116820018
PROCEDENCIA...: CENTRO - BAIRRO
ATENDIMENTO...: DOR
CASO POLICIAL..: NAO
ACID. TRABALHO: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....: SEM DOC
SEXO...: FEMININO
NUMERO: 417CEP....: 36085-070
TEL....: 32 998199
0

TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

*Acidente por queda de altura de 10 metros
com trauma no membro superior direito e
trauma no membro inferior esquerdo. Ferimentos
por laceração, com presença de hemorragia.*

DIAGNOSTICO:

CE L5/S6

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

IPS/SUE/SS
CONFERE COM
ORIGINAL

DATA DA SAÍDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAÍDA: [] A REVELIA [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

Sônia Regina Silva
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA

CAT
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO

NOME HPS		INSTITUIÇÃO	
ENDEREÇO Av. Barão do Rio Branco 3708 - Passos			
MUNICÍPIO Juiz de Fora		ESTADO MG	Código da Atividade 8650-5/02
Código do Acidentado 18338178/0005736			
NOME Saue Regina Silva		AGIDENTADO	
ENDEREÇO R. Jose Maran, 457 - Barbosa Lage			
MUNICÍPIO / ESTADO Juiz de Fora - MG		Código de Identidade M-5536305	
DATA DO NASCIMENTO 10/02/64		IDADE 50 ANOS	SEXO F
PROFISSÃO aux. Enfermagem II		ESTADO CIVIL Solt	SALÁRIO CONTRIBUIÇÃO POR: 14.536,305
HORA ☐ DIA ☐ MES ☐		REABERTURA DA CAT ☐ SIM ☐ NÃO ☐	
REINÍCIO TRATAMENTO ☐ SIM ☐ NÃO ☐			

DATA DO ACIDENTE 07/06/14		ACIDENTE	
LOCAL DO ACIDENTE Na Maratona 30 HPS		HORA DO ACIDENTE 07:00h	APÓS 8 HORAS DE TRABALHO
DATA DO ACIDENTAMENTO DO TRABALHO 07/06/2014			
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PARTE(S) DO CORPO Atingida(s) ao levantar o paciente seu pé esquerdo bateu na cama de ferro. Joelho direito.		OBJETO CAUSADOR Cama de ferro	
HOUVE REGISTRO POLICIAL? ☐ SIM ☒ NÃO			

NOME		TESTEMUNHAS	
ENDEREÇO			
NOME			
ENDEREÇO			

LAUDO DE EXAME MÉDICO	
1 - APRESENTAÇÃO DO ACIDENTADO	
Serviço Médico HPS	DATA 07/06/14

2 - DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES)		3 - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	
TRAUMA TORÁCICA EM JOELHO (D)		LESÃO DE MÔVILIDADE EXTERNO	

4 - HÁ CORRELAÇÃO ENTRE O ESTADO EVOLUTIVO DA(S) LESÃO(ÕES) E A DATA DO ACIDENTE DECLARADA?		5 - HÁ CORRELAÇÃO ENTRE A NATUREZA, GRAU E LOCALIZAÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES) E O HISTÓRICO DO ACIDENTE QUE A(S) TERIAM PROVOCADO?	
6 - REQUER DE TRATAMENTO A QUE DEVERÁ SUBMETER-SE O ACIDENTADO.		7 - DURAÇÃO DO PROVÁVEL TRATAMENTO.	
☒ HOSPITALAR ☐ AMBULATORIAL		15 DIAS	

8 - O ACIDENTADO FOI HOSPITALIZADO EM		DATA SIGUAT	
07/06/14 LOCAL HPS JF		07/06/14	

9 - DEVERÁ O ACIDENTADO, DURANTE O TRATAMENTO, AFASTAR-SE DO TRABALHO?		11 - OBSERVAÇÕES:	
☒ SIM ☐ NÃO			
10 - CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES AO ACIDENTE:		LOCALIDADE	
NÃO HÁ		Juiz de Fora	
MÉDICO DE ATENDIMENTO (assinatura e carimbo)		DATA	
20953		07/06/14	

SERVIÇO MÉDICO QUE FOI ENCAMINHADO		Assinatura e carimbo do	
Adm. Manobras		Anna Alves	
Juiz de Fora 09 de junho de 2014		IME/SSUE/SS/PJF	

Confere com o original
Em 02/09/14
Roberto
Responsável

Recebido em 24/06/14 Raquel

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL M-5.536.309

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/07/88

NOME

SONIA REGINA SILVA

FILIAÇÃO

AILTON SILVA

MARIA DAS DORES FERREIRA SILVA

NATURALIDADE

RECREIO-MG

DATA DE NASCIMENTO

10/02/64

DOC ORIGEM

NAS.LV-19 FL-41V RECREIO-MG

CPF 761129506-34 PIS 1225047048-2

BELO HORIZONTE, MG

ASSINATURA DO DIRETOR

P11-637

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P11-637



POLEGADA DIREITA



Sônia Regina Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria Cacilda de Carvalho
ESCREVENTE AUTORIZADA
4º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA

J.FORA

02 SET. 2014

MG

EM TEST

DA VERDADE

CARTÓRIO BESSA COELHO 4º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL.: R\$ 3,68 - REC.: R\$ 0,22 - T.F.J.: R\$ 1,21 = TOTAL: R\$ 5,11



Selo de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO
CGL 92978



Desconto em folha de pagamento previsto para o mês de AGOSTO/14. Caso não seja descontado, utilize a ficha de compensação abaixo para pagamento.	Central de Atendimento 4002-7007 – Central de Relacionamento – Capitais – (24h todos os dias). 0800 770 1790 – Demais Localidades – (24h todos os dias). 0800 979 7050 – SAC – (24h todos os dias). 0800 979 7333 – SAC Deficientes Auditivos ou de Fala – (24h todos os dias). 0800 723 2044 – Ouvidoria – (das 8h às 18h de segunda a sexta-feira).	Próxima fatura com fechamento previsto para ocorrer em 25/08/2014
---	---	---

Informações importantes sobre seu cartão.

Pagamento da fatura mensal:
 As suas despesas poderão ser pagas, até a data de vencimento desta fatura, em qualquer agência bancária participante do Sistema Nacional de Compensação ou via Internet Banking. Lembre-se de que você pode pagar sua fatura integralmente, ou financiar parte de seu saldo, quitando apenas o valor especificado como pagamento mínimo indicado nesta fatura. O saldo restante será lançado na próxima fatura, acrescido dos encargos aqui especificados. Leve ao banco somente a ficha para pagamento bancário e apresente-a diretamente ao caixa.

Encargos contratuais no período (rotativo/parcelado/saques):
 É o percentual de encargos contratuais cobrados nesta fatura, incidente sobre o saldo financiado na fatura anterior, sobre o valor de saques e atrasos.

Encargos máximos para o máximo período (rotativo/parcelado/saques):
 É o percentual de encargos máximos que poderão ser aplicados sobre o saldo desta fatura, caso haja financiamento. Esses encargos serão cobrados na sua próxima fatura mensal.

Pagamento em atraso:
 Para pagamento efetuado após a data de vencimento ou, ainda, pagamento

efetuado em valor inferior ao valor do pagamento mínimo fixado na fatura, serão cobrados, além dos encargos financeiros, multa de 2% sobre o saldo devedor e juros de mora de 1% ao mês.

Não recebimento da fatura mensal:
 Caso você não receba sua fatura mensal em tempo hábil para efetuar o pagamento, entre imediatamente em contato com a Central de Atendimento, que informará o seu saldo total a pagar. Você poderá optar por pagar qualquer valor entre o pagamento mínimo e o total da fatura, que deverá ser quitado até a data de vencimento.

Mudança de endereço:
 Não deixe de comunicar à Central de Atendimento qualquer alteração no seu endereço de correspondência ou telefone de contato.

Perda ou roubo do cartão:
 Em caso de perda, furto, roubo, extravio ou falsificação do seu cartão ou adicionais, comunique imediatamente à Central de Atendimento.

Limite de crédito:
 O limite de crédito será restabelecido em até 5 dias após a data de pagamento de sua fatura mensal.

BANCO



CTC BELO HORIZONTE MG PL10

SONIA REGINA SILVA
 R JOSE MARON 417 CASA 01
 BARBOSA LAGE
 36085-070 JUIZ DE FORA MG



9912250396 - DRMG/SPM
 BANCO BMG



Remetente:
 Banco BMG S/A
 Avenida Álvares Cabral, 1707
 Bairro Santo Agostinho.
 30170-001 - Belo Horizonte - MG



721003837004700 00000001171 30 250714



Para uso do Correio

- | | |
|---|--|
| ☐ MUDOU-SE | ☐ NÃO PROCURADO |
| ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ AUSENTE |
| ☐ NÃO EXISTE O NUMERO INDICADO | ☐ FALECIDO |
| ☐ DESCONHECIDO | ☐ INF. ESCRITA PELO PORTEIRO/ SÍNDICO |

DATA

REINTEGRADO AO
 SERVIÇO POSTAL EM:

ASSINATURA DO ENTREGADOR N°

LOT0001SE0-1171/STATEMENT 0003 03 C 20140721 05:47H INPUT 00066 L7001


JUIZ DE FORA
PREFEITURA
DEMONSTRATIVO
 Mensal de Pagamento

SONIA REGINA SILVA

Junho 2014

Dados Pessoais

Matrícula 2355552

Cargo AUXILIAR DE ENFERMAGEM II - Faixa: D

CPF 76112950634

Banco Banco do Brasil S.A.

Agência 2592

Conta 00000022958

Detalhamento

Código	Descrição	Ref	Proventos	Descontos
1	SALARIO	220	1.762,14	
35	PENOSIDADE A	5	653,99	
54	PENOSIDADE B	3	326,98	
63	PENOSIDADE C	8	697,45	
401	MEDIA DE FERIAS		523,62	
17	SEGURO VERTCON			24,19
85	SINSERPU	1		17,62
133	BMG	11/58		359,00
290	BANCO DAYCOVAL S.A.	11/58		266,00
333	AMETA			17,62
344	CARTAO BMG	1/1		130,35
411	BIG CARD SINSERPU	1/1		168,26
531	IRRF	22,5		232,40
554	FPM (FOLHA)			251,43
	PROV/DESC		3.964,18	1.466,87

Base Salarial	Base INSS	Base FGTS	FGTS	Base IR
1.762,14	,00	,00	,00	3.964,18
Líquido				2.497,31

 Informações para verificação de autenticidade de documentos
 acesse

<http://www.pjf.mg.gov.br/contracheque>

Token de segurança: ycwwwyyaxkae

 PREFEITURA DE JUIZ DE FORA TRABALHANDO PARA GARANTIR MAIS
 QUALIDADE DE VIDA PARA O CIDADÃO.

 4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
 CNPJ: 20.451.225/0001-71 - TEL: (32) 3215-1086
 Galeria Constança Valadares, LJ 04/06 - CEP: 36.010-300 - Juiz de Fora - MG
**AUTENTICAÇÃO**
 Conferida e achada conforme, nesta data, com o original
 existente no meio eletrônico e no endereço registrado.
 Juiz de Fora, 02/09/2014 14:11:39 9246

Em Testemunho da verdade.

 Maria Cacilda de Carvalho - Escrevente Autorizada
 EMOL.R\$11,36; REC.R\$0,48 TX.FISC.R\$3,78 TOTAL:R\$15,62

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO





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 SÔNIA REGINA SILVA, portador do R.G. nº MS 33634, expedido por SSP/MS, data da expedição 04/07/88, C.P.F. nº 761.119.50634, 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	Brasil	2592	5	22.958	X
☐ 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.

02/09/14
LOCAL E DATA

Sônia Regina Silva
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.



PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA

REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO MÉDICA

Secretaria de Administração e Recursos Humanos
Subsecretaria de Pessoas
Departamento de Ambiente Organizacional

Nº DO LAUDO

29605

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME SONIA REGINA SILVA			MATRICULA 23555-5/02
ENDEREÇO RUA JOSE MARON			SECRETARIA SS
BAIRRO BARBOSA LAGE	DATA DE NASCIMENTO 10/02/1964	TELEFONE (32)3015-1957	PRONTUÁRIO Nº 010037
CARGO AUXILIAR DE ENFERMAGEM II		REGIME JURÍDICO () CLT (X) ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF (X) SIM () NÃO	VÍNCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) - Quantos? 01	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) - Quantos? 00	

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 /READAPTAÇÃO FUNCIONAL
☐ PERÍCIA

E APRESENTA:

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

Sonia R. Silva
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE **07/06/14** A **22/06/14**
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 PARÁGRAFO ÚNICO, DO 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. Confere com o original.

Em

19/06/14

Sonia R. Silva
ASSINATURA DO SERVIDOR

Em **27/08/14**
Canielle
RESPONSÁVEL

CARLOS ROBERTO DELGADO
MÉDICO DO TRABALHO
CRM/MG 8597-888T N.º 13449
MÉDICO EXAMINADOR

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 Ambiente Organizacional

Nº DO LAUDO

31141

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME SONIA REGINA SILVA		MATRÍCULA 23555-5/02	
ENDEREÇO RUA JOSÉ MARON, 380 CASA 02		SECRETARIA SS	
BAIRRO BARBOSA LAGE	DATA DE NASCIMENTO 10/02/1964	TELEFONE (32)3015-1957	PRONTUÁRIO Nº 010037
CARGO AUXILIAR DE ENFERMAGEM		REGIME JURÍDICO () CLT (X) ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF? (X) SIM () NÃO	VÍNCULO COM A PJF? CARGO(S) EFETIVO(S) – Quantos? 01	CONTRATO(S) TEMPORÁRIO(S) – Quantos? 00	

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 /READAPTAÇÃO FUNCIONAL
☐ PERÍCIA

E APRESENTA:

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

Sonia R. Silva

ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE **23.06.14** A **27.06.14**
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 PARÁGRAFO ÚNICO, DO 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 **26/06/14**

Sonia R. Silva

ASSINATURA DO SERVIDOR

Confere com o original
Em **27/08/14**
Daniel
Responsável

Dr. Romilson
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 DO LAUDO

30993

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME SÔNIA REGINA SILVA		MATRICULA 23555502	
ENDEREÇO JOSE MARON, 417		SECRETARIA SS	
BAIRRO/CIDADE BARBOSA LAGE	DATA DE NASCIMENTO 10/02/1964	TELEFONE 30151957	PRONTUÁRIO 10037
CARGO AUXILIAR DE ENFERMAGEM II		REGIME JURÍDICO () CLT (X) ESTATUTARIA	
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 /READAPTAÇÃO FUNCIONAL
☒ PERÍCIA

E APRESENTA:

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

Sônia R. Silva
ASSINATURA DO SERVIDOR

LAUDO

O SERVIDOR DEVE SE AFASTAR DO TRABALHO PARA:

- A) TRATAMENTO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 28 / 06 / 14 A 27 / 07 / 14.
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 PARÁGRAFO ÚNICO, DO 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 01 / 07 / 14.

Sônia R. Silva
ASSINATURA DO SERVIDOR



RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)

Dr. Albinho Costa
MÉDICO DO TRABALHO
CRMMS 12943
Tel.: (32) 3211-7546



PREFEITURA DE
JUIZ DE FORA

REQUERIMENTO E LAUDO DE INSPEÇÃO MÉDICA

Secretaria de Administração e Recursos Humanos
Subsecretaria de Pessoas
Departamento de Ambiente Organizacional

Nº DO LAUDO

32105

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME SÔNIA REGINA SILVA		MATRÍCULA 23555502	
ENDEREÇO JOSE MARON, 417		SECRETARIA SS	
BAIRRO/CIDADE BARBOSA LAGE	DATA DE NASCIMENTO 10/12/1964	TELEFONE 30151957	PRONTUÁRIO 10037
CARGO AUXILIAR DE ENFERMAGEM II		REGIME JURÍDICO () CLT (X) ESTATUTÁRIO	
EFETIVO NA PJF (X) SIM () NÃO	VÍNCULO COM A PJF? CARGO (S) EFETIVO(S) - Quantos? 01	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 / READAPTAÇÃO FUNCIONAL
☒ PERÍCIA

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 28/7/14 A 25/9/14
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 PARÁGRAFO ÚNICO, DO 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

29/07/14

ASSINATURA DO SERVIDOR

Confere com o original
Em 29/08/14
[Assinatura]
Responsável

[Assinatura]
Aida Maria Ribeiro Grimaldi
MÉDICA - CRM-MG 23049
Supervisora de Perícias Médicas
SARH - SSP - DAM-37

RESPONSÁVEL (COM CARIMBO)



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) Sônia Regina Silva
no CARGO de Auxiliar de enfermagem lotado na SS desta
Prefeitura de Juiz de Fora , esteve de Licença Médica , no (s) período (s) abaixo discriminado (s):

07/06/14 a 22/06/14
23/06/14 a 27/06/14
28/06/14 a 27/07/14
28/07/14 a 25/09/14

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

Juiz de Fora, 25 de agosto de 2014

Amartins
SARH/SSP/DAMOR
CASA DO SERVIDOR
R Marechal Deodoro 230 7º andar
Centro CEP 36 013-000
Juiz de Fora Minas Gerais