



198

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 003 / 00004717-2
Conta destino:	1639 / 023 / 00008282-8
Nome destinatário:	APARECIDA DE FATIMA ALVES GROSSI
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 747,84
Data de débito:	04/09/2019
Data/hora da operação:	04/09/2019 15:03:06
Código da operação:	041503
Chave de segurança:	XVNJPY8FEZWHGPIUV

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

·AC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM, ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE RUA RISO DO PRADO, 198
 CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Período: De 26/07/2019 a 25/08/2019
 Lotação: 002 CUIDADORAS


Empregado: 000444 APARECIDA DE FATIMA ALVES GROSSI
 Cargo: CUIDADOR
 CTPS: 00000071519/00033

Observações:
 REFERENTE AO MÊS 08/2019

Dia	Prorrogação				Assinatura/Justificativa
	E1	S1	E2	S2	
26	7:00	11:25	13:00	17:23	Assinatura de Fatima A Grossi
27					Sábado
28					Domingo
29					Assinatura de Fatima Alves Grossi
30	7:00	11:25	13:00	17:25	Assinatura de Fatima Alves Grossi
31	7:05	11:28	13:00	17:27	Assinatura de Fatima Alves Grossi
01	6:55	11:26	13:05	17:28	Assinatura de Fatima Alves Grossi
02					Sábado
03					Domingo
04					Assinatura de Fatima Alves Grossi
05	6:58	9:30	A Justado		
06				//	
07				//	
08				//	
09				//	
10					Sábado
11					Domingo
12				//	
13				//	
14				//	
15				//	
16				//	
17					Sábado
18					Domingo
19				//	
20				//	
21				//	
22				//	
23				//	
24					Sábado
25					Domingo

[Handwritten Signature]
 E.M. D. BABITA CAMARGO
 Maria de Fátima Pinheiro
 Diretora Escolar - Ato Adm 2.45.

[Handwritten Signature]
 Assinatura do Empregado

 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho Número da CAT: 2019.299.894-3/01
---	--

Informações do Emitente

Empregador	1 - Empregador	Data Emissão	06/08/2019
Unidade CAT	1 - Inicial	Município Obito	
Empregado	1 - Empregado	E-mail	V1.NUSIFSC.AL@CMAH.FGV

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
Unifon/Un. Inc.	1 - CCG-CNDP 260479280001-15
CEP	32104110
Bairro	ELDORADO
Município	CONTAGEM
UF	MG

Informações do Acidentado

Nome	APARECIDA DE FÁTIMA ALVES GROSSI	Data Nascimento	02/03/1963
Nome da Mãe	DIVA PEREIRA ALVES	Sexo	Fem
Gravidade do Acidente	Não Informado	Idade	56
Estado Civil	Ignorado	Remuneração	1.050,00
TPS	07/15/19	Identidade	0034339/DA emissão: 06/15/2019
INSPAS/FPNT	204984852-3	Endereço	MARIA MARGARIDA 152
Bairro	AMAZONAS	CEP	06004000
Estado	MG	Município	
Telefone		CRO	5162/00 - CUIDADOR DE TERCEIROS
Apresentado	Não	UF em	Ubatuba

Informações do Acidente

Data do Acidente	05/08/2019	Hora do Acidente	09:30
Horas Trabalhadas	05:00	UF do Acidente	MG
Fuêve afastamento?	Sim	UF do Acidente	MG
Local do Acidente	2 - Empresa onde a empregadora presta Serviço	UF do Acidente	MG
CC do Presetador	CNPJ: 20102715/0001200	UF do Acidente	MG
Município do Acidente	CONTAGEM	UF do Acidente	MG
Parte do Corpo	25.60.40.000 - DORSO (INCLUI SEVE MÚSCULOS DORSAIS, COLUNA E	UF do Acidente	MG
Agente Causador	20.20.10.250 - CALÇADA OU CAMINHO PARA O INTERIO - SUPERFÍCIE	UF do Acidente	MG
Sit. Gerador	20.00.16.300 - QUIDA DE PESSOA EM MISSÃO NÍVEL I.M.	UF do Acidente	MG
Morte	Não	UF do Acidente	MG

Carilogen, de 06/08/2019

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente.

**Informações do Atestado Médico**

Unidade	UPA JK	Data Atend.	05/08/2019
Hora Atend.	10:42	Fuêve Internação?	Não
Deverá ser atendido o afetoresse durante o tratamento?	Sim (05 dias)		
Sit. Físico	70.20.25.000 - INFLAMAÇÃO DE ARTICULAÇÃO, FUNDAÇÃO DE MÚSCULO -		
CID - 10	S13.4 - Distensão e entorse da coluna cervical		
Observações			

Local e Data

Assinatura(s) e carimbo (legível) do médico com CRM 111

Cadastrada em 06/08/2019 às 08:47:16

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substituirá o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao acidente, para requerer o benefício acidentário junto a Agência da Previdência Social.

file:///C:/CAT40/CAT2019299894301.HTM

06/08/2019

05/08/2019

saíus

Nova UPA JK

AVENIDA JOAO CESAR DE OLIVEIRA, 780, ELDORADO, CONTAGEM, MG

Atestado Médico

Atesto para devidos fins que o(a) Sr.(a) APARECIDA DE FATIMA ALVES GROSSI, portador do CPF 470.603.106-06 e do prontuário número S 9822, foi atendido no serviço de Urgência/Emergência desta unidade em 05/08/2019 10:42 e necessita de 3 (três dias)) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

CID:

Autorizo registro do CID 10.

CONTAGEM, 05/08/2019
Médico: LUCAS ANTONIO TEIXEIRA CALDAS

CRM: 68848

Assinatura do paciente e/ou responsável



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Instituto Nacional do Seguro Social

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Comunicação de Decisão

Página 1 de 1

21/08/2019 21:23:12

NIT: 117.15062.64-1

Número do Benefício: 629.209.097-7

Espécie: 31

Número do Requerimento: 198148911

Ao Sr. (a): APARECIDA DE FATIMA ALVES GROSSI

Endereço: TAPAJOS 384, AMAZONAS

CEP: 32.240-060

Município: CONTAGEM

UF: MG

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deterimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/09/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 19/08/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que ficou comprovada que houve incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 21/08/2019. Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30(trinta) dias, contados da data do recebimento desta comunicação. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CONTAGEM

Endereço: R BERNARDO MONTEIRO,400 , CENTRO

CEP: 32.017-170

Município: CONTAGEM

UF: MG

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 1908215GIINK88

