



PAGOS PELO
BRANDÃO.

São Paulo, 27 de Fevereiro de 2004

BCO 033

À

AG. 0206

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

C/C 03-0013196-8

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

TEL 6486 5826

SIN. 947/04

REF.SIN.:PREFEITURA MUNICIPAL DO ESTADO DE SÃO PAULO
AILTON MARTINS (COMPLEMENTO)

Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

18/03/04

BRANDÃO IRA
PAGAR 25/03/04
200,00

Quadrantes corrigidos
S/DIT

Declarção de Beneficiarios

3 GCM 28/04/01 S/DIT

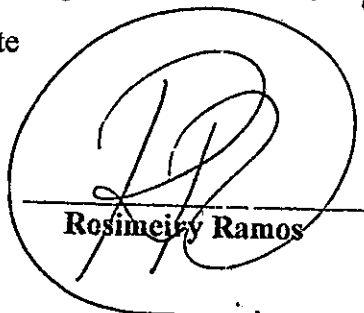
Sendo o que tínhamos para o momento, ficamos no aguardo de vossas providências.

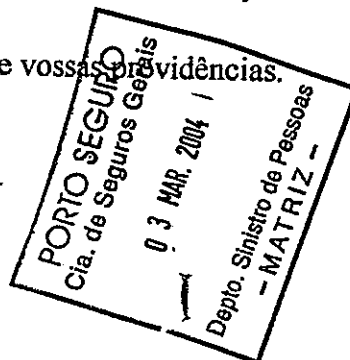
S/ND. GCM

72333

18/02/04 S/DIT

Atenciosamente


Rosimeiry Ramos



PROTOCOLO

SÃO PAULO

Rua Tabatinguera, 83 - 1º Andar - Centro - Cep: 01020-001 - Central Telefônica / TeleFax: (11) 3242 2422
e-mail: vertcon@uol.com.br



003812

SAAE GUARULHOS
 Serviço Autônomo de Água e Esgoto
 Av. Tiradentes 3.200 - Bom Clima CNPJ: 49.101.280/0001-13
 Sede Própria Tel.: 6468-0055

INFORMAÇÕES
 0800-101042
 Grupo: 40 Roteiro Ent.: 830 Seq.: 595

NÚMERO DE CONTADOR		Nº Ligação	Nº DA CONTA	ECONOMIA / CATEGORIA / UTILIZAÇÃO					MÊS DE REFERÊNCIA
131-011-1490-00-03-10		217974	217974-1	RES	COM	IND	PUB	MES	UTI
				1	0	0	0	0	130
NOME		Banco		Agência					
AILTON MARTINS									
ENDEREÇO DA LIGAÇÃO		Nº HIDRÔMETRO							
AVE JABUTICABA, 17 - JARDIM GUARACY, GUARULHOS-SP CEP.07260999		A95L269048							
ENDEREÇO DE ENTREGA		VAZÃO		TIPO		NAT			
ANTIGA RUA 14		3 M3/H		1		1			
DATA LEITURA	CONDIÇÃO DE LEITURA / Faturamento	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO MÉDIO / m³	CONS. FATURADO / m³	PREVISÃO PRÓXIMA LEITURA			
25/12/2003	NORMAL - AJUSTADO	1502	1521	19	19	04/02/2004			
MÊS	Consumo dos Últimos Meses / m³	CONSUMO	MÉDIA m³	DISCRIMINAÇÃO DO FATURAMENTO					
12/2003 -	17 m3.	11/2003 -	15 m3.	AGUA				23,48	
10/2003 -	15 m3.	09/2003 -	15 m3.	ESGOTO				18,73	
08/2003 -	12 m3.	07/2003 -	16 m3.	MULTA				3,64	
				JUROS				0,40	
Faixas de Consumo		CONSUMO(m3)	TAR.ÁGUA	TAR.ESGOTO	TOTAL				
ATÉ 10		10	8,90	7,12	16,02				
DE 11 ATÉ 20		9	1,62	1,29	26,19				

Total a Pagar



VENCIMENTO

29/01/2004

46,25

"INFORMAMOS QUE A DATA DO VENCIMENTO FOI ALTERADA POR 8 DIAS DEVIDO AOS FERIADOS, VOLTANDO AO NORMAL NO PRÓXIMO MÊS."

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA NO VERSO

82620000000-6 46250069200-1 40129002179-9 74012004001-0



Nº DA CONTA

217974-1

NÚMERO DA INSCRIÇÃO

131-011-1490-00-03-10

40

Mês de Referência

Jan/2004

Vencimento

29/01/2004

Total a Pagar

46,25

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

São Paulo, 20 de Fevereiro de 2004

À

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

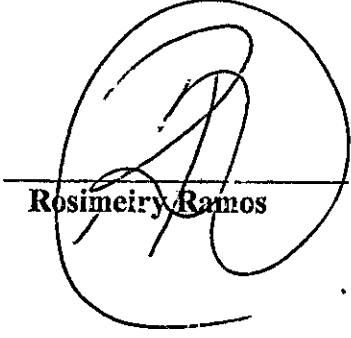
REF.SIN.:PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
ALTON MARTINS

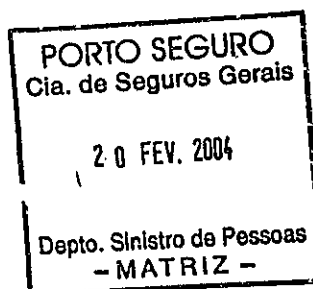
Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

- Aviso de sinistro
- Cópia de CNH com n° de RG e CPF
- Autorização para pagto
- Comunicação Interna de Acidente de Trabalho
- Demonstrativo de Pagamento
- Solicitação de Perícia Médica (03)
- Comunicação de Alta Médica

Sendo o que tínhamos para o momento, ficamos no aguardo de vossas providências.

Atenciosamente


Rosimeiry Ramos





AVISO DE SINISTRO DE VIDA EM GRUPO
E/OU ACIDENTES PESSOAIS

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR	Prof. Municipal Lauro			APÓLICE Nº
SEGURADO	Cultion Martins			
SINISTRO DE	CAUSA	DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
☐ MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ D.M.H. ☒ D.I.T.	☐ NATURAL - DOENÇA ☒ ACIDENTE	12/06/60	ECM	Cas
		DATA DE ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA DE TRABALHO	ÚLTIMO SALÁRIO

ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? _____ EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR:

PERÍODO DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____
DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____
DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

ESTAVA APOSENTADO? _____ DESDE QUANDO? _____ MOTIVO _____

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE

NOME	DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE
ENDEREÇO		CIDADE	64365826
		ESTADO	
DATA DO ACIDENTE	HORAS	LOCAL DO ACIDENTE	

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Conforme CAT

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? _____ QUAL? _____

CITE 2 (DUAS) PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU QUE SOCORRERAM O SEGURADO:

NOME	ENDEREÇO
NOME	ENDEREÇO

DATA DO PRIMEIRO SOCORRO	LOCALIDADE	HOSPITAL

NOME DO MÉDICO	ENDEREÇO

DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA	NOME DO MÉDICO	ENDEREÇO

INFORMAR SE POSSUI OUTROS SEGUROS DE ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE	MORTE	INVALIDEZ	D.M.H.	D.I.T.

PELA PRESENTE, COMUNICO À PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS O SINISTRO OCORRIDO COM O SR.(A) _____

NESTA OPORTUNIDADE, AUTORIZO A COMPANHIA SEGURADORA ATRAVÉS DE SUA ASSESSORIA MÉDICA, A OBTER DE TODO E QUALQUER MÉDICO, INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PREVIDENCIÁRIAS, QUE ATENDERAM AO SEGURADO, AS INFORMAÇÕES SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE. OS MÉDICOS E/OU INSTITUIÇÕES INFORMANTES, FICAM LIBERADAS DA OBRIGAÇÃO DE GUARDAR SIGILO PROFISSIONAL.

Lauro, 20 de Setembro de 2004

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

(A EMISSÃO DESTES COMUNICADOS NÃO IMPORTA RECONHECIMENTO DO NEXO CAUSAL)

PROTOCOLO DESAT

N.006/IP1/04

DATA:02/02/04

A- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: AILTON MARTINS

RF 583.795.201

CARGO OU FUNÇÃO

PADRÃO-REFERÊNCIA

IDENTIDADE (RG

10.175.477-2

CATEGORIA FUNCIONAL

CÓD ENDEREÇAMENTO

HORÁRIO DE TRABALHO

QPG- 1E

DATA DE NASCIMENTO

Efetivo

33.20.053-6

07:00 às 19:00

12/06/60

R: Catorze, n.º 17 - Jd. Guaracy - Guarulhos

CIDADE:São Paulo

UF:SP

CEP: 07262-000

TEL: (011) 6486-5821

B- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO

SECRETARIA/ Municipal de Segurança Urbana

DEPTO:

Guarda Civil Metropolitana

DIVISÃO: Inspetoria do Parque Ibirapuera

SEÇÃO:

END: Av. Pedro Álvares Cabral

S/

Nº

TEL (11 5579.94.60

C- INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

LOCAL:Inspetoria do Parque Ibirapuera

S/Nº

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

CIDADE: São Paulo

UF:SP

CEP:04094.050

B.O. Nº

DATA DO ACIDENTE: / 31/01/04 HORA 08:30

DIA DA SEMANA:sabado

DISTRITO Nº

Ocupação HABITUAL: GCM/Classe Distinta

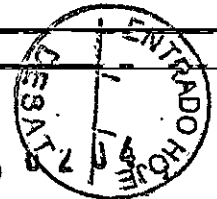
Ocupação NA HORA DO ACIDENTE : GCM/Enc. VTR

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE:

Ao descer da viatura, o acidentado piscou em falso, vindo a tocar a perna esquerda.

PARTES DO CORPO ATINGIDAS:

perna esquerda.



TESTEMUNHAS

Nome: Cristiano Alencar de Oliveira

TEL: (011)9262-2081

RG 26.160.639.6

End: Rua: Mario Covas

N.º 87

CIDADE: São Paulo

UF: SP

ASSINATURA

2ª

TEL: ()

RG

EN

Nº

CIDADE:

CEP

UF:

ASSINATURA

D- INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA

INÍCIO DA DOENÇA: / /

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DA DOENÇA:

DATA DA EMISSÃO

02 / 02 / 04

RF: 733.424.900
NOME/RF E ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO

NOME/ASSINATURA DO SERVIDOR OU PREPOSTO



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Senha -

SPM Nº 030/IIPI/04



A PEDIDO



EX OFFICIO

RH Nº

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR - (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ÍTEMS)

1 - NOME AILTON MARTINS			
2 - REGISTRO FUNCIONAL 583-795-2-01	3 - DATA DE NASCIMENTO 12/06/60	4 - COR BRANCA	5 - SEXO MASCULINO
6 - ESTADO CIVIL CASADO			7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL R: Catorze, n.º 17 - Guarulhos - Jd. Guaracy
8 - TELEFONE 6486-5826			9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO GCM/M 732.001.9
10 - CATEGORIA FUNCIONAL efetivo		11 - DATA DE INÍCIO NA PMS 03.11.87	
12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO Inspetoria do Parque Ibirapuera		13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO 33.20.053-6	14 - TELEFONE 5573.13.29
15 - LICENÇA MÉDICA ☐ INICIAL ☒ PRORROGAÇÃO		16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 02/02/04 a 11/02/04 10 dias	
17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE : ☒ AO SERVIDOR ☐ A DEPENDENTE			
NOME DO DEPENDENTE _____			
12/02/04 DATA		ASSINATURA DO SERVIDOR _____ CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA _____	

Almir Sabino Bispo
GRANDE DESEMBARGADOR
CLASSE DISTINTA
2ª: 5034/1801/0.1643
PMSP - CGCM

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO ? ☒ SIM ☐ NÃO	5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8989/79 ☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143 ☐ LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 146 ☐ LICENÇA GESTANTE ARTIGO 148 ☐ LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157 ☒ LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA
2 - PARECER CONCLUSIVO ☐ CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA ☒ FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE - 08 - DIAS DE LICENÇA	PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE / / C.A.P. Nº ARTIGO 160
3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA ☐ DESAT ☐ HSPM ☐ DOMICILIAR ☐ OUTROS	12/02/04 DATA
ENDEREÇO COM REFERÊNCIA: _____	CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO _____
4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO DATA _____	APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE: ☐ A LICENÇA FOI MANTIDA ☐ A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE / / ARTIGO DATA
ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M.	RECURSO Nº 553.11
CID _____ CRM 38175	DATA _____

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CHANCELA DESAT

ATENÇÃO

APRESENTAR - SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E FOTO TRATANDO - SE DE DEPENDENTE APRESENTE DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE PARENTESCO
CARIMBO, ASSINATURA DA CHEFIA E SENHA NAS TRÊS VIAS.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO ☐ CONFIRMADO ☐ ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE

DATA

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Senha - 47/020204/03/03AT 03/02 12:00 hs s.02

SPM Nº 029/IP1/04



A PEDIDO



EX OFFICIO

RH Nº

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR - (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ÍTENS)

1 - NOME AILTON MARTINS

2 - REGISTRO FUNCIONAL

583-795-2-01

3 - DATA DE NASCIMENTO

12/06/60

4 - COR

BRANCA

5 - SEXO

MASCULINO

6 - ESTADO CIVIL

CASADO

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL

R: Catorze, n.º 17 - Guarulhos - Jd. Guaracy

8 - TELEFONE

6486-5826

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO

GCM/M 732.001.9

10 - CATEGORIA FUNCIONAL

efetivo

11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP

03.11.87

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO

Inspetoria do Parque Ibirapuera

13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO

33.20.053-6

14 - TELEFONE

5573.13.29

15 - LICENÇA MÉDICA



INICIAL



PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE:



AO SERVIDOR



A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE

2/02/04

DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

GRAL DE PERÍCIA MÉDICA
Emerson de Lima
RF: 733.424.900
Inspeção Chefe

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?



SIM



NÃO

2 - PARECER CONCLUSIVO



CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA



FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE

10

DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA



DESAT



HSPM



DOMICILIAR



OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIA:

4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DE INTERNAÇÃO

DATA

03/12 e 11/12/04

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A

DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA

EM D.O.M.

CID

CRM

40337

RECONSIDERAÇÃO

APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA

CONCLUÍMOS QUE:



A LICENÇA FOI MANTIDA



A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR

DE / /

ARTIGO

DATA

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79



LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO
SERVIDOR ARTIGO 143



LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA
FAMÍLIA ARTIGO 146



LICENÇA GESTANTE



ARTIGO 148



LICENÇA COMPULSÓRIA



ARTIGO 157



LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA

PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE

C.A.P. Nº

ARTIGO 160

DATA

3/12/04

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

RECURSO

APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA

FAMÍLIA CONCLUÍMOS QUE:



A LICENÇA FOI MANTIDA



A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A

CONTAR DE / /

ARTIGO

DATA

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CHANCELA DESAT

ATENÇÃO

APRESENTAR - SE NA DATA E HORÁRIO

DETERMINADOS COM DOCUMENTO DE

IDENTIFICAÇÃO E FOTO

TRATANDO - SE DE DEPENDENTE APRE-

SENTE DOCUMENTO COMPROVATÓRIO

DE PARENTESCO

CARIMBO, ASSINATURA DA CHEFIA E

SENHA NAS TRÊS VIAS.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO ☐ CONFIRMADO ☐ ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE

DATA

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO TRABALHADOR MUNICIPAL
ALTA MÉDICA DE ACIDENTE REFERIDO COMO DO TRABALHO

ATESTADO

Nº _____ /AT/ _____

ATESTAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O(A)

SR.(A) Adriana M. J. M.
RF 15705 QUE SOFREU ACIDENTE REFERIDO COMO DO TRABALHO EM 31/01/04 FOI POR NÓS

EXAMINADO(A) OBTENDO LICENÇA MÉDICA NO PERÍODO DE 02/2/04 20/2/04

ENQUADRADA PROVISORIAMENTE NO ARTIGO 160 DA LEI Nº 8.989/79 E ALTA MÉDICA EM 20/2/04 COM A SEGUINTE CLASSIFICAÇÃO:

- ☒ SEM INCAPACIDADE PARA O TRABALHO.
☐ COM INCAPACIDADE PARCIAL PODENDO EXERCER A MESMA FUNÇÃO, COM MAIOR ESFORÇO.
☐ COM INCAPACIDADE PARCIAL DEVENDO SER READAPTADO(A).
☐ COM INCAPACIDADE TOTAL DEVENDO SER APOSENTADO(A).
☐ ABANDONO, CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 24 DO DECRETO Nº 41.269/2001

DATA

20-FEV-2004

CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL - DESAT

Leila Quadros Goulart
Médica - CRM 48.101



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Senha -

SPM Nº 035/IP/04

☒ A PEDIDO

☐ EX OFFICIO

RH Nº

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR - (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ÍTEM)

1 - NOME AILTON MARTINS					
2 - REGISTRO FUNCIONAL 583-795-2-01	3 - DATA DE NASCIMENTO 12.06.60	4 - COR BRANCA	5 - SEXO MASCULINO	6 - ESTADO CIVIL CASADO	
7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL RUA CATORZE, Nº 17 JD. GUARACY - GUARULHOS				8 - TELEFONE 6486-5826	
9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO CD/M 732.003.5		10 - CATEGORIA FUNCIONAL efetivo		11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP 03.11.87	
12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO INSPETORIA DO PARQUE IBIRAPUERA		13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO 33.20.053-6		14 - TELEFONE 5573.13.29	
15 - LICENÇA MÉDICA ☐ INICIAL ☒ PRORROGAÇÃO		16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 12 A 19.02.04 08 DIAS			
17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: ☒ AO SERVIDOR ☐ A DEPENDENTE		NOME DO DEPENDENTE 20.02.04 DATA			
ASSINATURA DO SERVIDOR		GRAU DE PARENTESCO Carimbo e Assinatura da Chefia			

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO? ☒ SIM ☐ NÃO	5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79 ☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143 ☐ LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 146 ☐ LICENÇA GESTANTE ARTIGO 148 ☐ LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157 ☒ LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA
2 - PARECER CONCLUSIVO ☐ CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA	PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE / / C.A.P. Nº ARTIGO 160
3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA ☒ DESAT ☐ HSPM ☐ DOMICILIAR ☐ OUTROS	DATA 20 FEV 04 CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO
4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO DATA	RECURSO APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE: ☐ A LICENÇA FOI MANTIDA ☐ A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE / / ARTIGO
ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M.	DATA
CID	
CRM	
RECONSIDERAÇÃO APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUÍMOS QUE: ☐ A LICENÇA FOI MANTIDA ☐ A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE / / ARTIGO	
DATA	
CARIMBO DO MÉDICO PERITO	CARIMBO DO MÉDICO PERITO

ATENÇÃO

APRESENTAR - SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E FOTO
TRATANDO - SE DE DEPENDENTE APRESENTAR DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE PARENTESCO
CARIMBO, ASSINATURA DA CHEFIA E SENHA NAS TRÊS VIAS.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO ☐ CONFIRMADO ☐ ALTERADO

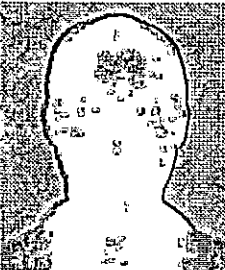
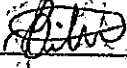
JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE

DATA

CARIMBO E ASSINATURA

1ª VIA-DESAT 2ª VIA-DRH 3ª VIA-UNIDADE DO SERVIDOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
		CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO		
		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
		DETRAN - SP		
		NOME		
		AILTON MARTINS		
		DOC. IDENT.		CATEG.
		12893813 SSP/SP		D
		NASCIMENTO	VALIDADE	
		12/06/1960	12/06/2006	
CPF				
029.534.358-32				
302823061				
É PROIBIDO PLASTIFICAR	FILIAÇÃO			
	ASCENDINO MARTINS			
	SHIRLEY DOS SANTOS MARTINS			
	NR. DO REGISTRO	EMISSÃO	EX. HABILITAÇÃO	
	02093003475	06/12/2001	19/02/1982	
	OBSERVAÇÕES			
	SAO PAULO			
	ASSINATURA DO PORTADOR			
				
	ASSINATURA DO EXPEDIDOR			
				
302823061				
SP088663116				



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

C.G.C. 46.392.130/0003-80

01/04 30.856-1

DEMONSTRATIVO

NOME AILTON MARTINS REGISTRO FUNCIONAL 583795.2.01

CATEGORIA EFETIVO CARGO / FUNÇÃO GCM CLASSE DISTINTA M 732.003.5 PADRÃO QPG03E

Tipo de FÓRMO BANCO BANEPA AGÊNCIA 0206 CONTA 03.0013146 8 C.C. ENDEBAMENTO 33.20.053

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMEAÇÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	VENCIMENTOS	DESCONTOS
6021	EMPRESTIMO PESSOAL II ASSOC. SERVIDORES MUNICIPAIS	0		370,00
6022	66-MENSALIDADE PORTO SEGURO - SEGUROS GERAIS	0		12,97
6029	SEGURO DE VIDA - GRUPO BANCO PINE S/A	0		22,50
6041	EMPRESTIMO PESSOAL BANCO RURAL S/A	0		119,53
6045	EMPRESTIMO PESSOAL SIND. PROF. FUNC. E MUN. - APROFEM	0		191,70
6073	66-MENSALIDADE SIND. GUARDAS CIVIS METR S.P.	0		7,40
6088	66-MENSALIDADE	0		21,00

EVITE PROBLEMAS COM O IMPOSTO DE RENDA. SE O C.P.F. ABAIXO ESTIVER INCORRETO, SOLICITE ACERTO JUNTO A SUA U.R.H. ATÉ 05/02/2004. CPF=029.534.358.32

TOTALS 2.802,17 1.615,97

DESEJAMOS UM FELIZ 2004 REAJ. 2,62%

O ALGARISMO DO MILHAR DOS CÓDIGOS DE PAGAMENTO / DESCONTOS REFERE-SE A:

- 0 - PAGAMENTO DO MÊS
- 1 - PAGAMENTO DE MESES ANTERIORES
- 2 - ESTORNO DE DESCONTO
- 3 - DESCONTO DO MÊS
- 4 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES
- 5 - ESTORNO DE PAGAMENTO
- 6 - DESCONTO DO MÊS CONSIGNATÁRIOS
- 7 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES CONSIGNATÁRIOS
- 8 - ESTORNO DE CONSIGNAÇÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

C.G.C. 46.392.130/0003-80

01/04 30.856-1

DEMONSTRATIVO

NOME AILTON MARTINS REGISTRO FUNCIONAL 583795.2.01

CATEGORIA EFETIVO CARGO / FUNÇÃO GCM CLASSE DISTINTA M 732.003.5 PADRÃO QPG03E

Tipo de FÓRMO BANCO BANEPA AGÊNCIA 0206 CONTA 03.0013146 8 C.C. ENDEBAMENTO 33.20.053

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMEAÇÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	VENCIMENTOS	DESCONTOS
0002	PADRÃO DE VENCIMENTO/SALARIO	30	728,51	
0034	GRAT. REGIME ESP. TRAB. POLICIAL	30	1.019,91	
0043	ADICIONAL 3. QUINQUENIO	30	215,55	
0063	1/3 FERIAS	15	337,87	
0097	SALARIO ESPOSA	1	3,80	
0143	AUXILIO-REFEICAO	13	91,41	
0145	AUXILIO-TRANSPORTE	14	179,20	
1008	ATUALIZ. MONET. - DEC.31131/92	0	0,22	
1143	AUXILIO-REFEICAO	20	166,20	
3026	CONTRIB. AUXILIO-TRANSPORTE	14		43,71
3044	IMPOSTO DE RENDA NA FONTE	0		99,78
4008	ATUALIZ. MONET. - DEBITO	0		0,03
5063	1/3 FERIAS	15		329,25
5143	AUXILIO-REFEICAO	19		157,89
6013	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM	0		101,19
7013	04-CONTRIBUICAO	0		0,01
6015	HOSP. SERVIDOR PUBLICO MUNIC	0		21,85
6021	BANCO B.M.G. S/A EMPRESTIMO PESSOAL	0		117,21

EVITE PROBLEMAS COM O IMPOSTO DE RENDA. SE O C.P.F. ABAIXO ESTIVER INCORRETO, SOLICITE ACERTO JUNTO A SUA U.R.H. ATÉ 05/02/2004. CPF=029.534.358.32

TOTALS 10.000,00 2.802,17

DESEJAMOS UM FELIZ 2004 REAJ. 2,62%

O ALGARISMO DO MILHAR DOS CÓDIGOS DE PAGAMENTO / DESCONTOS REFERE-SE A:

- 0 - PAGAMENTO DO MÊS
- 1 - PAGAMENTO DE MESES ANTERIORES
- 2 - ESTORNO DE DESCONTO
- 3 - DESCONTO DO MÊS
- 4 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES
- 5 - ESTORNO DE PAGAMENTO
- 6 - DESCONTO DO MÊS CONSIGNATÁRIOS
- 7 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES CONSIGNATÁRIOS
- 8 - ESTORNO DE CONSIGNAÇÃO

**AUTORIZAÇÃO NO CASO DE EVENTUAL PAGAMENTO
NOS TERMOS DA LEI Nº 10.214/01**

SEGURADO/VÍTIMA:

SINISTRO Nº:

RAMO:

☐ 02 - PREVIDÊNCIA

☐ 53-4 - RCF/DC

☐ 57 - DEPEM

☐ 80 - A.P.I.

☐ 81 - A.P.C.

☐ 83 - DPVAT 15%

☐ 88 - A.P.P.

☐ 93 - VIDA

EU,

PORTADOR (A)

DO RG

Nº (anexar cópia) 12893813

E CPF Nº (anexar cópia) 029.534.358-32

RESIDENTE

Rua Cantarje

Nº 17

CEP: 07262-000

MUNICÍPIO/UF:

NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

DO VALOR

REFERENTE A INDENIZAÇÃO DO SINISTRO OCORRIDO EM / / , QUE VITIMOU

AUTORIZO A PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS A EFETUAR O
RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, NA CONTA CORRENTE ABAIXO INDICADA:

DE MINHA TITULARIDADE:

NOME DO TITULAR:

Nº DO BANCO

033

Nº DA AGÊNCIA

0206

C/C

03 0013146-8

NA HIPÓTESE DE DIVERGÊNCIAS NOS DADOS ACIMA POR MIM FORNECIDOS, TAIS COMO: Nº DE CPF OU CNPJ, DADOS DA CONTA CORRENTE, DO BANCO OU AGÊNCIA, O DEPÓSITO BANCÁRIO SERÁ RECUSADO, NÃO SE RESPONSABILIZANDO A PORTO SEGURO PELA NÃO EFETIVAÇÃO.

O PRESENTE INSTRUMENTO DE AUTORIZAÇÃO NÃO SIGNIFICA QUE A PORTO SEGURO ESTARÁ RECONHECENDO EVENTUAL DIREITO DE INDENIZAÇÃO, POIS EXISTE A NECESSIDADE DE ANÁLISE DE TODO O PROCESSO DO SINISTRADO. NÃO VALENDO TAMBÉM A PRESENTE, COMO COMPROMISSO DE INDENIZAÇÃO E OU TERMO DE QUITAÇÃO.

CARACTERIZADA A INDENIZAÇÃO O FAVORECIDO/BENEFICIÁRIO DEVERÁ ASSINAR RECIBO DE QUITAÇÃO JUNTO A CIA. PARA QUE POSTERIORMENTE SEJA EFETUADO O CRÉDITO NA CONTA CORRENTE ESPECIFICADA NESSE DOCUMENTO.

Assinatura 20/02/04
LOCAL/DATA

ASS:

8º TABELÃO DE
NOTAS DA CAPITAL

FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)
COM FIRMA RECONHECIDA

ASS:

DO(A) RESPONSÁVEL

(nos casos de favorecido menor de 21 anos)

COM FIRMA RECONHECIDA

No caso de favorecido/beneficiário analfabeto, deverão assinar 02 testemunhas a rogo:

Ass. 1ª:

Nome:

CPF:

RG:

COM FIRMA RECONHECIDA

ASS. 2ª:

Nome:

CPF:

RG:

COM FIRMA RECONHECIDA



8.º Cartório de Notas da Capital - SP - Tabelião Bel. Douglas Eduardo Dualibi
Rua XV de Novembro, 193 - Centro - CEP 01013-001 - PABX: (11) 3241-0322 / Fax: (11) 3106-1252

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) firma(s) de: AILTON MARTINS(286271)
que confere com os padrões depositados neste cartório.

Pago R\$13,80 EM TEST. DA VERDADE.
São Paulo, 20 de fevereiro de 2004
Ass: 5048485050484852424848484854

Rec. semelhança com valor econômico
Válido somente em caso de autenticidade



ESTIPULANTE SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SÃO PAULO				C.N.P.J.		APÓLICE	
NOME DO SEGURADO (EVITAR ABREVIACÕES) AIZEL MARLINS				DATA DE NASCIMENTO 18.06.60		IDADE	
SEXO MASC		CPF 009534358-82		R 10.893.813		RAMO DE ATIVIDADE	
CÔNJUGE MARIA CILRA MARINHO DE VASCONCELOS MARTINS				DATA DE NASCIMENTO 19.06.63		IDADE	
ENDEREÇO R. JASO ICAZA				Nº 17		COMPLEMENTO	
BAIRRO S. GUARACI		CIDADE GUARULHOS		CEP 07262-000		TELEFONE 67865826	
NOME DA UNIDADE J. C. ZB - ATUEKA		REFERÊNCIA 583.995.201		ASSESSOR MARCELO ZANIN			
IMPORTÂNCIAS SEGURADAS VIDA EM GRUPO E ACID. PESSOAIS COLETIVO	SEGURADO	PLANO	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INVALIDEZ PERM. TOTAL/PARCIAL POR ACIDENTE	INVALIDEZ PERM. TOTAL POR DOENÇA	D.I.T.
	TITULAR		15.000	30.000	15.000	1500	450
	CÔNJUGE		7500	15.000			
CUSTO MENSAL POR EXTENSO						QUANTIDADE DE PARCELAS	

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE - Obrigatório preenchimento de próprio punho

Principal				ÚLTIMA TOMADA DE PRESSÃO ARTERIAL				Cônjuges				ÚLTIMA TOMADA DE PRESSÃO ARTERIAL																																														
IDADE	ANOS	ALTURA	PESO	DATA	MÁX.	MÍN.	IDADE	ANOS	ALTURA	PESO	DATA	MÁX.	MÍN.																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>Preencher "S" Sim ou "N" Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ENCONTRA-SE EM BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE?</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>É APOSENTADO(A)?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO NO MOMENTO?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>JÁ REALIZOU EXAMES MÉDICOS LABORATORIAIS OU OUTROS PARA DETECÇÃO DA AIDS, DIABETES, DOENÇAS DIGESTIVAS, RENAIS, HEPÁTICAS E CIRCULATÓRIAS?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>JÁ FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA ESCLARECIMENTO DIAGNÓSTICO, TRATAM. CLÍNICO OU CIRÚRGICO, INCLUINDO BIÓPSIAS?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>JÁ FOI SUBMETIDO A TRATAMENTOS ESPECIAIS COM QUIMIOTERAPIA, COBALTOTERAPIA, RADIOTERAPIA ETC?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>FAZ USO ROTINEIRO DE ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>APRESENTA REDUÇÃO DE ACUIDADE VISUAL OU AUDITIVA?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>É PORTADOR DE REJEIÇÃO FUNCIONAL DE ALGUM MEMBRO OU ÓRGÃO DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>JÁ TEVE PROPOSTA DE SEGURO DE VIDA RECUSADA POR SOCIEDADE SEGURADORA?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>JÁ RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE PESSOAL? (ESPECIFICAR SEGURADORA ABAIXO)</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>É TRIPULANTE PROFISSIONAL OU AMADOR DE QUALQUER AERONAVE, EXERCE ALGUMA ATIVIDADE A BORDO DE AERONAVE, PRÁTICA PARAQUEDISMO, E F. OTO AUTOMOBILÍSTICO DE COMPETIÇÃO OU DE PROVAS?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>É FUMANTE ☐ OU EX-FUMANTE ☐ , HÁ QUANTO TEMPO?</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>POSSUI OUTROS SEGUROS DE VIDA?</td> <td>N</td> </tr> </tbody> </table>														ITEM	DESCRIÇÃO	Preencher "S" Sim ou "N" Não	1	ENCONTRA-SE EM BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE?	S	2	É APOSENTADO(A)?	N	3	ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO NO MOMENTO?	N	4	JÁ REALIZOU EXAMES MÉDICOS LABORATORIAIS OU OUTROS PARA DETECÇÃO DA AIDS, DIABETES, DOENÇAS DIGESTIVAS, RENAIS, HEPÁTICAS E CIRCULATÓRIAS?	N	5	JÁ FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA ESCLARECIMENTO DIAGNÓSTICO, TRATAM. CLÍNICO OU CIRÚRGICO, INCLUINDO BIÓPSIAS?	N	6	JÁ FOI SUBMETIDO A TRATAMENTOS ESPECIAIS COM QUIMIOTERAPIA, COBALTOTERAPIA, RADIOTERAPIA ETC?	N	7	FAZ USO ROTINEIRO DE ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?	N	8	APRESENTA REDUÇÃO DE ACUIDADE VISUAL OU AUDITIVA?	N	9	É PORTADOR DE REJEIÇÃO FUNCIONAL DE ALGUM MEMBRO OU ÓRGÃO DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA?	N	10	JÁ TEVE PROPOSTA DE SEGURO DE VIDA RECUSADA POR SOCIEDADE SEGURADORA?	N	11	JÁ RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE PESSOAL? (ESPECIFICAR SEGURADORA ABAIXO)	N	12	É TRIPULANTE PROFISSIONAL OU AMADOR DE QUALQUER AERONAVE, EXERCE ALGUMA ATIVIDADE A BORDO DE AERONAVE, PRÁTICA PARAQUEDISMO, E F. OTO AUTOMOBILÍSTICO DE COMPETIÇÃO OU DE PROVAS?	N	13	É FUMANTE ☐ OU EX-FUMANTE ☐ , HÁ QUANTO TEMPO?	N	14	POSSUI OUTROS SEGUROS DE VIDA?	N
ITEM	DESCRIÇÃO	Preencher "S" Sim ou "N" Não																																																								
1	ENCONTRA-SE EM BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE?	S																																																								
2	É APOSENTADO(A)?	N																																																								
3	ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO NO MOMENTO?	N																																																								
4	JÁ REALIZOU EXAMES MÉDICOS LABORATORIAIS OU OUTROS PARA DETECÇÃO DA AIDS, DIABETES, DOENÇAS DIGESTIVAS, RENAIS, HEPÁTICAS E CIRCULATÓRIAS?	N																																																								
5	JÁ FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA ESCLARECIMENTO DIAGNÓSTICO, TRATAM. CLÍNICO OU CIRÚRGICO, INCLUINDO BIÓPSIAS?	N																																																								
6	JÁ FOI SUBMETIDO A TRATAMENTOS ESPECIAIS COM QUIMIOTERAPIA, COBALTOTERAPIA, RADIOTERAPIA ETC?	N																																																								
7	FAZ USO ROTINEIRO DE ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?	N																																																								
8	APRESENTA REDUÇÃO DE ACUIDADE VISUAL OU AUDITIVA?	N																																																								
9	É PORTADOR DE REJEIÇÃO FUNCIONAL DE ALGUM MEMBRO OU ÓRGÃO DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA?	N																																																								
10	JÁ TEVE PROPOSTA DE SEGURO DE VIDA RECUSADA POR SOCIEDADE SEGURADORA?	N																																																								
11	JÁ RECEBEU INDENIZAÇÃO POR ACIDENTE PESSOAL? (ESPECIFICAR SEGURADORA ABAIXO)	N																																																								
12	É TRIPULANTE PROFISSIONAL OU AMADOR DE QUALQUER AERONAVE, EXERCE ALGUMA ATIVIDADE A BORDO DE AERONAVE, PRÁTICA PARAQUEDISMO, E F. OTO AUTOMOBILÍSTICO DE COMPETIÇÃO OU DE PROVAS?	N																																																								
13	É FUMANTE ☐ OU EX-FUMANTE ☐ , HÁ QUANTO TEMPO?	N																																																								
14	POSSUI OUTROS SEGUROS DE VIDA?	N																																																								
QUANDO A RESPOSTA DA "PROPOSTA DE SEGURO" FOR AFIRMATIVA (exceto o item 13) MENCIONAR DETALHES NO CAMPO ABAIXO																																																										
ITEM ESPECIFIQUE (NOME DA CIRURGIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PERÍODO, SEGURADORA ETC.)																																																										

Declaro, para todos os fins, que recebi, li e concordei integralmente com os termos das Condições Gerais ora apresentadas, bem como com as Condições Particulares, Especiais, Adicionais e Suplementares que eventualmente façam parte integrante do seguro que estou contratando.
Declaro ainda que as informações por mim prestadas, e que fazem parte integrante desta proposta, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei direito à indenização decorrente do contrato de seguro, caso tenha ocorrido omissão de informações que possam ter influenciado na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, conforme previsto no artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro.
Autorizo neste ato ao referido Estipulante, a incluir meu nome na apólice da Vida e/ou Acidentes Pessoais da Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais, situada à Av. Rio Branco, 1489 C.N.P.J. 61.198.164/0001-60.
Fica ressalvado que os poderes ora outorgados não dão direito ao referido Estipulante de cancelar o seguro aqui proposto sem meu consentimento expresso enquanto o pagamento do prêmio correr integralmente sob minha responsabilidade.

Autorizo meu(s) médico(s) assistente(s) a prestar(em) em meu nome e de meus beneficiários, todas as informações necessárias à liquidação de eventuais sinistros cobertos por este seguro.

5. 07. 11. 63

LOCAL E DATA

6081 - SET/2001 - 3.000 JOGOS 3x1 - CONTIPLAN FORMULÁRIOS

ASSINATURA DO PROPONENTE

1ª VIA - SEGURADORA 2ª VIA - CORRETOR 3ª VIA - SEGURADO



5837452

2250

DEPOSITO PRATICO BANESPA

06/04/2004 11:56:46 DATA CONTABIL: 07/04/2004

LOCAL: 0726 - JOAO MENDES

TRANSACAO: 008685

COMPROVANTE DE DEPOSITO

FAVORECIDO: AILTON MARTINS

CONTA:0206-03-013146-8

VALOR TOTAL: 200,00

NUMERO DO ENVELOPE: 436800551

A EFETIVACAO DA TRANSACAO FICA CONDICIONADA
A CONFERENCIA DOS DOCUMENTOS E VALORES
CONFORME INSTRUcoes DE USO CONTIDAS NO VERSO
DO ENVELOPE.

OPERACOES REALIZADAS APOS O HORARIO DO
EXPEDIENTE BANCARIO SERAO PROCESSADAS NO
PROXIMO DIA UTIL.

FACA UM SUPERPREV FILHOS NESTA PASCOA E GANHE NA
HORA UM COELHO DE PELUCIA, FALE COM SEU GERENTE.