



**SINDICATO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO
PÚBLICO MUNICIPAL DE ITU**

FILIADO A FESSP-ESP



Itu, 19 de março de 2010.
À Vertcon – Adm. e Corretora Seguros
Ao Depto. de Sinistros
Att. Srta. Marisa Apolinário de Oliveira

PROTOCOLO

Nesta,
Assunto: Sinistro de Benedito Aparecido Silvestre

Vimos por meio desta, encaminhar toda documentação exigida para abertura de Sinistro do sócio Benedito Aparecido Silvestre. Segue abaixo relação dos documentos que estão sendo encaminhados à Vertcon:

DOCUMENTAÇÃO DO SEGURADO

- Formulário de solicitação de auxílio emergencial (original)
- Xérox – Carteira Nacional de Habilitação (Autenticada)
- Xérox – Comprovante de Residência (Autenticada)
- Xérox – Holerite (Autenticado)
- Xérox – Prontuário Médico (Cópia Simples)
- Xérox – Guia de referência (Autenticada)
- Xérox – Receituários (total de 1) (Original)
- Xérox – CAT (Autenticada)
- Xérox – Boletim de ocorrência (Cópia simples)
- Xérox – Comunicação de decisão (Autenticada)
- Xérox – Receituário (total de 2) (Autenticado)

Aguardo protocolo do recebimento desta documentação e, em caso de necessidade de envio de documentos complementares, por favor, nos comunicar o mais rápido possível.

Atenciosamente,


Ízide Carolina Guimarães
Depto. Convênios **SISMI**
beneficios@sismi.com.br



Vertcon Adm. Corretora Seguros Ltda.
Julia Andrade 25/03/2010

RUA DO PATROCÍNIO, 590 CENTRO CEP. 13.300-200
ITU/SP CNPJ 49.563.596/0001-27 FONE: 11 4022 6563
E-mail: beneficios@sismi.com.br

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL****FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL**

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO	CNPJ		
Proponente/Titular	Benedito Aparecido Pelicciolo		Data Nascimento 26/05/1959		
RG	Estado Civil	Sexo	MATRICULA / RE	CPF	Natural de
54.856.840-3	Casado	M		328.610.879-00	Torresina PR
Cônjuge					Data Nascimento

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.

Sorocaba, 02 de fevereiro de 2010

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

O titular Sr. Benedito Aparecido Pelicciolo, trafegava na Avenida Lúcio André, sentido dentro de Sorocaba, na via retilínea, quando na proximidade da Empresa Bromadusa, veio a perder o controle de sua moto, sofrendo acidente. Devido ao acidente o titular encontra-se afastado do serviço.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.
02.02.2010 22:30h	Fratura em punho direito
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 encontra-se afastado.
O Acidentado teve alta? Em que data?	Parante em acompanhamento médico
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	com ortopedista, o qual decidiu sobre o tratamento e prognóstico.
Qual o percentual de redução Funcional?	
Nome do Médico Assistente.	Thiago Tambelli - 1.º atendimento
Endereço do Médico.	em P.A. CRM 113076
LOCAL / DATA	02/03/2010
	DR. THIAGO C. TAMBELLI CRM-SP 113076 MÉDICO
	Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL	Data	Assinatura do Acidentado
	___/___/___	_____

OBS: - Em caso de Solicitação de reembolso, anexar recibos e notas fiscais originais

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ABRIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 913090018

NOME
BENEDITO APARECIDO SILVESTRE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 148568403 SSPSP

CPF
 328.610.879-00

DATA NASCIMENTO
 26/05/1959

FILIAÇÃO
 ANTONIO SILVESTRE NUNE
 S
 MARIA SALLETE SIQUEIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 AC

Nº REGISTRO
 02435429942

VALIDADE
 25/07/2012

1ª HABILITAÇÃO
 02/07/1982

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SALTO, SP

DATA EMISSÃO
30/07/2007

ASSINATURA DO EMISSOR
Del. Pol. Rafael Rabinovici
 Assinatura Eletrônica
 10000800550
 SP307088383

DETRAN - SP (SAO PAULO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 913090018



OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIAO
 NOTAR PIRAPITINGUI - ITU/SP
 AUTENTICAÇÃO
 Nota Fé cópia e reprodução fiel
 do documento original. Dou Fé

17 FEV. 2010

SIVONETE CRISTINA DE ARRUDA DUTRA
 ESCRIVENTE AUTORIZADA

Válido Somente com o selo de autenticidade

OFICIAL REGISTRO CIVIL E TABELIAO
 DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP

CÓPIA REPRODUZIDA
 NESTE SERVIÇO

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS
 DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



31453 - 0

Local 11609
 Uso RESIDENCIAL
 Telefone 3302-2416 0
 DV 0
 NRC 04216243290
 Total da Fatura 293,25
 Vencimento 24/01/2010
 Mês 01/2010



CDD ITAVUVU B/CAS
 BENEDITO APARECIDO SILVESTRE
 R. ESMERALDA JOAO 142
 18074-685 JD STO AMARO SOROCABA - SP

Devolução Cx Postal 61015 SP
 05001-970 04216243290



7208091889006930000003982820180110

Vencimento
 24/01/2010

Central de Relacionamento:
 10315

SERVIÇOS	VALOR (R\$)
Planos de Minutos - Ligações Locais	50,60
Outros Serviços	95,83
Créditos Concedidos	0,12CR
Chamadas Locais a Cobrar	11,89
Ligações para Celular	23,07
Chamadas de Longa Distância Nacional - Telefônica 15	111,05
Serviços Outras Operadoras	0,93

Melhorar sempre.
 O seu desejo é o mesmo que o nosso.

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIAO
 NOTAS PIRAPITINGUI - ITU/SP
AUTENTICAÇÃO
 Esta Fotocópia e reprodução fiel
 do documento original. Dou Fé

17 FEV. 2010

SIVONETE CRISTINA DE ARRUDA DUTRA
 ESCRIVENTE AUTORIZADA

Válido Somente com o selo de autenticidade

TOTAL A PAGAR 293,25

PARTE DO ORIGINAL

Contribuição para o FUST e FUNTTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Atenção: O atraso do pagamento acarreta em multa de 2% e juros de 1% a.m.

Para longa distância: 12-CTBC 14-BRT 15-TELEFÔNICA 17-TRANSIT 19-ÉPSILON 21-EMBRATEL 23-INTELG 24-PRIMEIRA ESCOLHA 25-GVT 26-IDT 28-HIP TELECOM 29-T-LESTE 31-TELEMAR 32-CONVERGIA 34-ETML 35-EASYTONE 36-DSL1 VOX 38-TESA 41-TIM 42-GT GROUP 45-GLOBAL CROSSING 51-51 BRASIL 61-NEXUS 63-HELLO BRAZIL 81-SERMATEL 89-KONNECTA 91-IP CORP 98-ALPHA NOBILIS. Para recurso Telefônica, ligue 10315 c/ protocolo fornecido pela Prestadora. ANATEL 133, ligue com o protocolo da Telefônica.



O processo de faturamento das ligações está Certificado conforme Resolução 426 de 09/12/2005 (artigo 18).

Disque
15

Nas lojas de atendimento da Telefônica você pode esclarecer dúvidas e obter informações sobre produtos, serviços e sobre sua conta de telefone. Consulte o endereço da loja mais próxima pelo telefone 102 ou no site www.telefonica.com.br

OFICIAL REGISTRO CIVIL E TABELIAO
 NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP
 CÓPIA REPRODUZIDA
 NESTE SERVIÇO

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

DESTAQUE AQUI





Prefeitura da Estância Turística de ITU - SP



PAGAMENTO DE SALÁRIO

MÊS/ANO
JANEIRO/2010

FLS.
1

MATRICULA	NOME DO FUNCIONÁRIO	C.T.P.S.	DEPTO.	BCO.	C.C.
	BENEDITO APARECIDO LVELLO				
CARGO	CÓD. C.B.O.	TIPO DE PAGAMENTO	ADMISSÃO		
ASSISTENTE	5172 17	PAGTO MENSAL	20/01/2010		

COD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
	PLANO BASE	30,00	520,01	
	ADICIONAL NOTURNO	63,00	33,33	
	HORA EXTRA 100%	41,00	327,64	
	PREVENIO	10,00	52,00	
	ADICIONAL DE RISCO	40,00	208,00	
	LEI DE INTEMPERIES	20,00	104,00	
	SINDICATO SERV. PUBL. MUN. ITU	3,00		15,60
	I.N.S.M.I. - VALES			201,56
	VALE TRANSPORTE			317,20
	CONV. BANCO REAL			38,96
	CONV. BANCO CRUZEIRO DO SUL			56,79
	I.N.S.S	9,00		112,22
	ARREDONDAMENTO MES ANTERIOR			0,83
	ARREDONDAMENTO DO MES		0,18	
TOTAL DE VENCIMENTOS			1.247,16	655,16
VALOR LÍQUIDO			592,00	

CÓPIA EM CARBONO NO ORIGINAL

SALÁRIO-BASE	SAL. CONTR. I.N.S.S.	BASE DE CÁLCULO FG.T.S.	FG.T.S. DO MÊS	BASE CÁLC. I.R.R.F.	FAIXA I.R.R.F.
520,01	1.246,98	1.246,98	99,75	1.134,76	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

OFICIAL REGISTRO CIVIL E TABELIÃO DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP
CÓPIA REPRODUZIDA NESTE SERVIÇO



OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIÃO DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU/SP
AUTENTICAÇÃO
Fiel cópia e reprodução fiel do documento original. Dou Fé

17 FEV. 2010

SIVONIFE CRISTINA DE ARRUDA DUTRA
ESCREVENTE AUTORIZADA

Válido Somente com o selo de autenticidade



POLÍCIA MILITAR
DO
ESTADO DE SÃO PAULO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - BO/PM
TERMO CIRCUNSTANCIADO - TC

DATA DE EMISSÃO: 02/02/10
CÓDIGO DA OPM: 60704000
NÚMERO: T 374
Nº FOLHA: 01

ORIGEM DA COMUNICAÇÃO

HORA COMUNICAÇÃO: 2056
COMO FOI SOLICITADO O ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA?
 VIA COPOM
 DIRETAMENTE À GUARNIÇÃO
 A GUARNIÇÃO DEPAROU COM A OCORRÊNCIA
 NOME DO SOLICITANTE (SOMENTE PARA SOLICITAÇÃO TIPO 2):
 QUALIFICADO COMO ENVOLVIDO? SIM NÃO
 ENDEREÇO FORNECIDO:
 BAIRRO: TELEFONE PARA CONTATO: OUTROS DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE (VEÍCULO, PLACA, ETC):

DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Auto Lesão/Acidente de Trás.
 CÓD.OCR: L02 I 07414
 PREFIXO DA VIATURA: 020210
 DATA DO FATO: 02/02/10
 MUNICÍPIO: Sorocaba
 OPM: 2º BPM/1
 HORA DO FATO: 2045
 HORA LOCAL: 2110
 HORA FINAL: 2222
 LOGRADOURO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): Av. Victor ANDREU S/N
 BAIRRO: Iperonga II
 PONTO DE REFERÊNCIA: JR TRANSPORTE
 OUTRO LOCAL RELACIONADO COM A OCORRÊNCIA:

APREENSÕES

OBJETO	QUANTIDADE	MARCA	MODELO	Nº FABRICAÇÃO	DESTINO	RECEBEDOR

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDICÃO: VITIMA = V. AUTOR = A. INICIADOR = I. ASSINADO = S. TESTEMUNHA = T. CONDUTOR = C. PROPRIETÁRIO = PR. PASSAGEIRO = PA. VEDESTRE = PE. PARTE NÃO DEFENSA = PN.

CONDICÃO: 01 V. NOME COMPLETO (NÃO ABREVIA): Benedito Aparecido Silvestre
 RG: 48.568.4103
 DC: 1
 UF: SP

CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS)
 ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)
 PAI: Antonio Silvestre Nunes
 MÃE: Maria Sallote Siqueira

NACIONALIDADE: Br. NATURALIDADE: Itapejora
 UF: PR SEXO: MASC DATA DE NASCIMENTO: 26/05/85

CÓRTE (PELE): ESTADO CIVIL: DEISSO: Guarda Municipal
 OUTRO DOC: NÚMERO: UF:

ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): Rua Esmeralda nº 142
 COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC):

BAIRRO: Sto Amaro MUNICÍPIO: Sorocaba UF:

CEP: 18074-685 TELEFONE: 3302-2416 PONTO DE REFERÊNCIA: Praxime Coop.
 TELEFONE:

NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO: TELEFONE:
 ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC): COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC):

NOME DA EMPRESA: ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC):
 COMPLEMENTO: BAIRRO: MUNICÍPIO: UF:
 CEP: TELEFONE: PONTO DE REFERÊNCIA:

VERSÃO DO ENVOLVIDO: Trafegava sentido centro quando nos proximidade da Empresa Praxime, não a perder o controle de sua moto vindo ao solo.

CONFERE COM O ORIGINAL
 Autentico de acordo com
 Decreto 17.031 de 20/março/81
 Sorocaba 08/02/10

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO
 COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC

ASSINATURA:

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDIÇÃO: VÍTIMA = V AUTOR = A INDICIADO = I SINDICADO = S TESTEMUNHA = T CONDUTOR = C PROPRIETÁRIO = PR PASSAGEIRO = PA PEDESTRE = PE PARTE NÃO DEFINIDA = PN

DADOS PESSOAIS

DADOS FUNCIONAIS

VERSÃO DO ENVOLVIDO

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO
 COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC

ASSINATURA

DADOS PESSOAIS

DADOS FUNCIONAIS

VERSÃO DO ENVOLVIDO

ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO
 COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC

ASSINATURA

Nº	CONDIÇÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)	RG	DC	UF
<input type="checkbox"/> CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) <input type="checkbox"/> ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)		PAI	MÃE		
NACIONALIDADE		NATURALIDADE	UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
CÚTIS (PELE)	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	OUTRO DOC	NÚMERO	UF
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
BAIRRO		MUNICÍPIO			UF
CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA			
NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO				TELEFONE	
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
NOME DA EMPRESA		ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			
COMPLEMENTO		BAIRRO	MUNICÍPIO		UF
CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA			

Nº	CONDIÇÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)	RG	DC	UF
<input type="checkbox"/> CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS) <input type="checkbox"/> ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)		PAI	MÃE		
NACIONALIDADE		NATURALIDADE	UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
CÚTIS (PELE)	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	OUTRO DOC	NÚMERO	UF
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
BAIRRO		MUNICÍPIO			UF
CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA			
NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO				TELEFONE	
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			COMPLEMENTO (ANDAR, APTO, BLOCO, ETC)		
NOME DA EMPRESA		ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)			
COMPLEMENTO		BAIRRO	MUNICÍPIO		UF
CEP	TELEFONE	PONTO DE REFERÊNCIA			

QUALIFICAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

CONDICÃO: VÍTIMA = V		AUTOR = A		INDICIADO = I		SINDICADO = S		TESTEMUNHA = T		CONDUTOR = C		PROPRIETÁRIO = PR		PASSAGEIRO = PA		PEDESTRE = PE		PARTE NÃO DEFINIDA = PN	
Nº	CONDICÃO	NOME COMPLETO (NÃO ABREVIAR)												RG	DC	UF			
<input type="checkbox"/>	CRIANÇA (MENOR DE 12 ANOS)	PAI												MÃE					
<input type="checkbox"/>	ADOLESCENTE (MENOR DE 18 ANOS)																		
NACIONALIDADE				NATURALIDADE				UF	SEXO	DATA DE NASCIMENTO									
CÔTIS (PELE)			ESTADO CIVIL			PROFISSÃO			OUTRO DOC		NÚMERO		UF						
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)												COMPLEMENTO (ANDAR, APTQ, BLOCO, ETC)							
BAIRRO						MUNICÍPIO						UF							
CEP	TELEFONE			PONTO DE REFERÊNCIA															
NOME DE PESSOA POR INTERMÉDIO DA QUAL PODE SER ENCONTRADO												TELEFONE							
ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)												COMPLEMENTO (ANDAR, APTQ, BLOCO, ETC)							
NOME DA EMPRESA						ENDEREÇO (AV, RUA, NÚMERO, ETC)													
COMPLEMENTO						BAIRRO			MUNICÍPIO			UF							
CEP	TELEFONE			PONTO DE REFERÊNCIA															
<input type="checkbox"/> ESTOU CIENTE DO PRAZO DE REPRESENTAÇÃO												ASSINATURA							
<input type="checkbox"/> COMPROMETO-ME A COMPARECER AO JEC																			

VEÍCULOS ENVOLVIDOS											
NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA	NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA	NÚM	CÓD RENAVAN	PLACA			
01	904501	302 DVF5822									
UF	MUNICÍPIO		UF	MUNICÍPIO		UF	MUNICÍPIO				
SP	Salto										
CHASSI			CHASSI			CHASSI					
9CZKE08107R080895											
ESPÉCIE/TIPO			ESPÉCIE/TIPO			ESPÉCIE/TIPO					
PAS / MOTOCICLO											
MARCAMODELO			MARCAMODELO			MARCAMODELO					
HONDA CG150 TITANKS											
ANO FAB			ANO FAB			ANO FAB					
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE					
PART		Preto									
CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO	CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO	CAT CNH	Nº CNH	VENC EXAME MÉDICO			
AC	024391299402510712										
PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		DANOS		PONTOS DE IMPACTO - TOTAL		DANOS		PONTOS DE IMPACTO - TOTAL			
		<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA				<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA				<input type="checkbox"/> PEQUENA MONTA <input type="checkbox"/> MÉDIA MONTA <input type="checkbox"/> GRANDE MONTA	

CROQUI											

PREENCHER EM TODAS AS OCORRÊNCIAS

CARACTERÍSTICAS DO LOCAL

<input type="checkbox"/> BANCO	<input type="checkbox"/> FAVELA	<input type="checkbox"/> INTERNO
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> ESTABELECIMENTO COMERCIAL	<input type="checkbox"/> EXTERNO
<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> HABITAÇÃO COLETIVA (CORTIÇO)	<input type="checkbox"/> PRESERVADO
<input type="checkbox"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> NÃO PRESERVADO

ILUMINAÇÃO

<input type="checkbox"/> LUZ SOLAR	<input checked="" type="checkbox"/> NOITE COM LUZ ARTIFICIAL
<input type="checkbox"/> ENTARDECER OU AMANHECER	<input type="checkbox"/> NOITE SEM LUZ ARTIFICIAL

TEMPO

<input type="checkbox"/> BOM
<input type="checkbox"/> NEBLINA
<input type="checkbox"/> CHUVA

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÁNSITO

TIPO DE ACIDENTE

<input type="checkbox"/> CHOQUE	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> ENGAVETAMENTO
<input type="checkbox"/> ABALROAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROP. PEDESTRE
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input type="checkbox"/> ATROP. ANIMAL
<input type="checkbox"/> OUTROS	

SEMÁFORO

<input type="checkbox"/> OPERANDO
<input type="checkbox"/> DEFEITUOSO
<input type="checkbox"/> DESLIGADO
<input type="checkbox"/> INEXISTENTE

OUTRAS FORMAS DE SINALIZAÇÃO

visíveis?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
QUAIS?		

TIPO DA PISTA

<input type="checkbox"/> ASFALTO
<input type="checkbox"/> PARALEL. EPÍPEDO
<input type="checkbox"/> CONCRETO

TERRA

<input type="checkbox"/> TERRA
<input type="checkbox"/> CASCALHO

CONDIÇÕES DA PISTA

<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> ESBURACADA	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA
<input type="checkbox"/> MOLHADA	<input type="checkbox"/> ENLAMEADA	<input type="checkbox"/> EM OBRAS
<input type="checkbox"/> INUNDADA	<input type="checkbox"/> OLEOSA	<input type="checkbox"/> INTERROMPIDA

RELATÓRIO DA AUTORIDADE POLICIAL MILITAR

Acionado via Copom até o local dos fatos onde não foi localizado informado pelo Copom que a vítima encontrava-se pelo PS do Eden. Deslocamos até o local e confeccionamos o BOPM, segundo suas declarações transitava conduzindo seu veículo sentido centro nas proximidades da empresa Premodisa e JR Transport perdeu o controle vindo a cair e auto lesionou-se.

INTEGRANTES DA GUARNIÇÃO / PATRULHA

RE (ENCARREGADO)	DC	NOME DE GUERRA (ENCARREGADO)	RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA
8839972		Cavallero						
RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA	RE	DC	NOME DE GUERRA
962278A		MAX						

DESTINO DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> JUÍZADO ESPECIAL CRIMINAL	Nº PROTOCOLO	<input type="checkbox"/> DISTRITO POLICIAL	NÚMERO DO BO - PC
RECEBIDO POR	RG	VISTO	NOME DO DELEGADO DE POLÍCIA

CONFERE COM O ORIGINAL

Autentico de acordo com

Decreto U. 73 de 1970 (art. 8º)

Serocaba. 08/02/10

ENCARREGADO

POSTO/GRAD	SD PM
SIGNATURA	<i>[Assinatura]</i>

COMANDANTE / OFICIAL RESPONSÁVEL

CLASSIFICAÇÃO DA OCORRÊNCIA	POSTO/NOME DE GUERRA
<input type="checkbox"/> POLÍCIA ADMINISTRATIVA	<input type="checkbox"/> POLÍCIA JUDICIÁRIA
VISTO	



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

1- Emitente 1

1- Empregador 2- Sindicato 3- Médico 4- Segurado ou dependente
5- Autoridade pública

2- Tipo de CAT 1

1- Inicial 2- Reabertura 3- Comunicação de Óbito em:

I - EMITENTE

Empregador

3- Razão Social /Nome PREFEITURA DA ESTANCIA TURISTICA DE ITU

4- Tipo 1 1- CGC/CNPJ 2- CEI 3- CPF 4-NIT 5- CNAE 6- Endereço - Rua/Av.
46.634.440/0001-00 84.11.600 AV.TIRADENTES 2001Complemento (continuação) Bairro CEP 7- Município 8-UF 9- Telefone
VILA LUCINDA 13.309-640 ITU SP 48139371

Acidentado

10- Nome BENEDITO APARECIDO SILVESTRE

11- Nome da mãe MARIA SALLETE SIQUEIRA

12- Data de nasc. 13- Sexo 14- Estado civil 2 15- CTPS- Nº /Série/ Data de emissão 16- UF 17- Remuneração Mensal
26/05/1959 1 1- Solteiro 2- Casado 3- Viúvo N°094848 SÉRIE:370 SP 520,01
1- Masc. 3- Fem. 4- Sep. judic. 5- Outro 6 - Ignorado18- Carteira de Indentidade Data de emissão Órgão Expedidor 19- UF 20- PIS/PASEP/NIT
14.856.840-3 SSP SP 108.172.716-24

21- Endereço - Rua/Av/

RUA: ESMERALDA JOÃO 142

Bairro CEP 22- Município 23- UF 24- Telefone
JARDIM SANTA AMARO 18074-685 SOROCABA SP (15)3302-241625- Nome da ocupação 26- CBO 27- Filiação à Previdência Social 1 28- 29-Áreas 1
GCM1 3º CLASSE 5172-15 1- Empregado 2- Tra. avulso 7- Seg. especial Aposentado? 2 1- Urbana 2- Rural
consulte CBO 8- Médico residente 1- sim 2- não

Acidente ou Doença

30- Data do acidente 31- Hora do acidente 32- Após quantas horas de trabalho? 33- tipo 3 34- Houve afastamento? 1
02/02/2010 20:30 12 HORAS 1-Típico 2- Doença 3- Trajeto 1-sim 2-não35- Último dia trabalhado 36- Local do acidente 37 - Especificação do local do acidente 38- CGC/CNPJ 39- UF
02/02/2010 sorocaba AV VICTOR ANDREW SP40- Município do local do acidente 41- Parte(s) do corpo atingida(s) 42- Agente causador
SOROCABA BRAÇO DIREITO PEDRISCO E AREIA

43- Descrição da situação geradora do acidente ou doença 44- Houve registro policial? 1 1- sim 2- não

45- Houve morte? 2 1- sim 2- não

Testemunhas

46- Nome

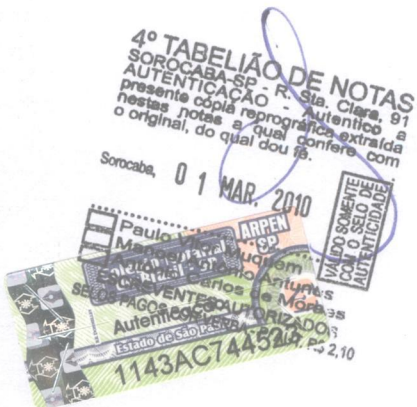
47- Endereço - Rua/Av/nº/comp.

Bairro CEP 48- Município 49- UF Telefone



50- Nome				
51- Endereço - Rua/Av/nº/comp.				
Bairro	CEP	52- Município	53- UF	Telefone
Local e data			Assinatura e carimbo do emitente	
II - ATESTADO MÉDICO Deve ser preenchido por profissional médico.				
Atendimento				
54- Unidade de atendimento médico SISTEMA UNICO DE SAÚDE SUS SOROCABA			55- Data 03/02/2010	56- Hora 8:30
57- Houve internação 2 1-sim 2- não	58- Duração provável do tratamento 15 dias		59- Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? 1 1-sim 2-não	
Lesão				
60- Descrição e natureza da lesão FRATURA DE PUNHO Á DIREITA				
Diagnóstico				
61- Diagnóstico provável <i>fratura da rodilla e clavicula direita</i>			62- CID-10 8525	
63- Observações: <i>Do atendimento e tratamento na P.S. Sorocaba Sorocaba</i>				
Local e data <i>24/2/10</i>			Assinatura e carimbo do médico <i>Dr. Roberto Silveira Arruda</i> Ortopedia e Medicina do Trabalho Assinatura e carimbo do médico com CRM 27336	
III - INSS				
64- Recebida em	65- Código da Unidade	66- Número do CAT		Notas: 1- A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal. 2- A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67- Matrícula do servidor		Assinatura do servidor		
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO				

Instruções de Preenchimento



46 634.440/0001-00
 PREFEITURA DA ESTANCIA TURISTICA
 DE ITU
 Av. Tiradentes, 2001
 Vila Lucinda - CEP 13.309-040
 GU - SP

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 10817271624

Número do Benefício: 5396319557

Espécie 91

Número do Requerimento: 120174828

Ao Sr.(a): BENEDITO APARECIDO SILVESTRE

Endereço: RUA ESMERALDA JOAO 142, JARDIM SANTO AMARO

CEP: 18074685

Município: SOROCABA

UF: SP

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento 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 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/02/2010, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 10/05/2010

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício (10/05/2010), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 10/05/2010 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V.Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recursos da Previdência Social

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido onexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

Data: 01 de março de 2010


Valdir Moyses Simão - Presidente INSS

Agência da Previdência Social: APS SOROCABA ZONA NORTE **Endereço:** VILA OLIMPIA

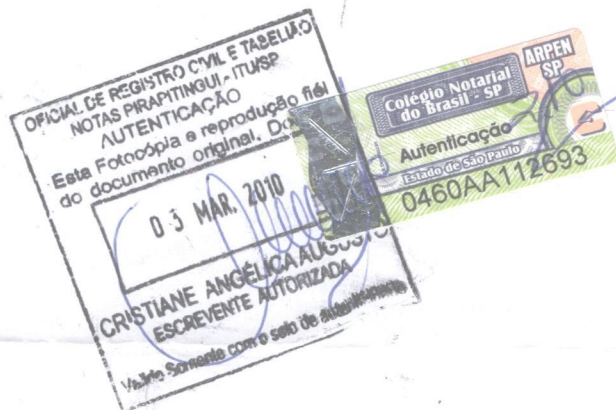
CEP: 18075042 **Município:** SOROCABA

UF: SP

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.

Ciente, em 01 de março de 2010


Assinatura do Requerente - Representante Legal



OFICIAL REGISTRO CIVIL E TABELIAO
DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP
CÓPIA REPRODUZIDA
NESTE SERVIÇO

Ao Ambulatório de ORTOPEDIA

* As 8ª Dr. Fernando

Eucainado Benedito Ap. Silvestre
50a; vítima que queda de
moto e cf fratura em ulna D.
Realizado tala gessada no PS.
durante a madrugada e prescri-
to AINE.

Solicito Avaliação e conduta cf.
contato telefônico.

Grata
seu maior

→ OBS: acidente de
trabalho / queda
no trajeto do serviço.

03/02/16
Dr. Juliana de Melo Lessane
Médica
CRM - 126377

RETORNANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.

HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

Rua Rodrigues Pacheco, 145 Centro Sorocaba/SP CEP:18035-085

Fone (15) 3219-4464 | Fax:(15) 3219-4465

www.samaritano.med.br

Ao Ambulatório de ORTOPEdia

* As 8a Du. Fernando

Eucarinho Benedito Ap. Silvestre
50a; vítima que queda de
moto e cf fratura no ulna D.
Realizado taxa gerada no PS.
durante a madrugada e insere-
to AINE.

Solicito Avaliação e conduta cf.
contato telefônico.

Grata
seu maior

→ Obs: acidente de
trabalho / queda
no trajeto do serviço.

03/02/10
Dr. Sílvia de Deus Bressane
Médica
CRM - 17637

RETORNANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.

HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

Rua Rodrigues Pacheco, 145 Centro Sorocaba/SP CEP:18035-085

Fone (15) 3219-4464 | Fax:(15) 3219-4465

www.samaritano.med.br

S054

OFICIAL REGISTRO CIVIL E TABELIÃO
DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP
CÓPIA REPRODUZIDA
NESTE SERVIÇO

Colégio Notarial do Brasil - SP ARPEN SP
OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIÃO
MUNICÍPIO DE PIRAPITINGUI - ITU/SP
Estado de São Paulo Nº 0460A-01330-0
Esta cópia é reprodução fiel
do documento original. Dou Fé
17 FEB. 2010
SIVONETE CRISTINA DE ARRUDA DUTRA
ESCREVENTE AUTORIZADA
Válido Somente com o selo de autenticidade

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Pronto Socorro Municipal

RECEITUÁRIO

- AO IUSS
A Teste que Benedito
Aparecida Silvestre
se encontra em
Tratamento de
fratura pulso (D)
de acordo com o
ofotograma do
Trabalho

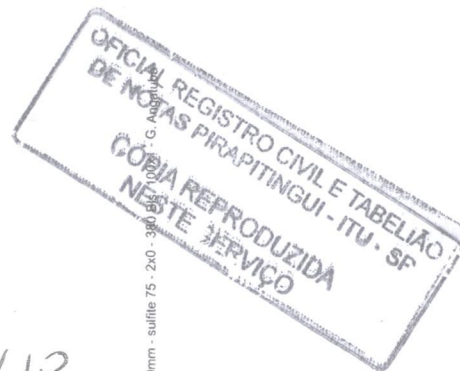
L.D: 5525
10/02/10

[Handwritten signature]

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIÃO
NOTAS PIRAPITINGUI - ITU/SP
AUTENTICAÇÃO
Esta Fotocópia é reprodução fiel
do documento original. Dou Fé

17 FEV. 2010

[Handwritten signature]



Arquidiocese de Sorocaba
Fundada em 1858
Fundada em 1858
Fundada em 1858



F. 0800 9702343
Av. São Paulo, 750 - Vila São Domingos
CEP: 18013-002 - Sorocaba - SP
www.santacasasorocaba.com.br
CNPJ: 71.485.056/0001-21
Inscr. Est.: isenta


ISCOMS - Mod. 076 - Form. 148x210mm - sulfite 75 - 2x0 - 390 g/m²



GUIA DE REFERÊNCIA

Da Unidade:	Cad:	Nº Cons.:
Endereço:	Para:	Endereço:
Tel.:	Especialidade:	

Nome do Paciente:	Data:	Sala:	Hora:
Números de Consultas realizadas por causa da Patologia:	Prontuário:	(Origem)	
Tempo da Doença:			
Quadro Clínico:			
Hipótese de Diagnóstico:			
Exames Solicitados:			

Medicação Indicada:	 <p>OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIAO DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU/SP AUTENTICAÇÃO Esta Fotocópia e reprodução fiel do documento original. Dou Fé 17 FEV. 2010 SIVONETE CRISTINA DE ARRUDA DUTRA ESCREVENTE AUTORIZADA Válido Somente com o selo de autenticidade</p>
Evolução do Paciente com a Medicação Indicada:	
Motivo do Encaminhamento:	

Assinatura / Carimbo Médico:	Assinatura / Carimbo Adm. Unidade
------------------------------	-----------------------------------

DR. THIAGO TAMBELLI
CON-SP 112076
MÉDICO

Data: 02/2/2010

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIAO DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP
CÓPIA REPRODUZIDA NESTE SERVIÇO