

Rosimeiry Ramos

De: "Bruna Daffre" <bruna.sismi@yahoo.com.br>
Para: "Rosimeiry Ramos" <rosi.ramos@vertconseguros.com.br>; "Vladimir Sétima Gestão" <setimaperfeicao@uol.com.br>
Enviada em: quarta-feira, 31 de janeiro de 2007 16:24
Assunto: DIT - Deodoro Lopes da Silva

SINDICATO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO
PÚBLICO MUNICIPAL DE ITU
FILIADO A FESSP-ESP

Ofício

Itu, 30 de Janeiro de 2007.

*À Vertcon – Adm. E Corretora de Seguros Ltda.
Att. Sra. Rosimeyre*

Servimos-nos do presente, para encaminhar a esta corretora, via fax que será enviado assim que esse e-mail for transmitido, os documentos necessários, do processo de sinistro de DIT do Sr. Deodoro Lopes da Silva, para que sejam analisados mais detalhadamente, pois ao confrontarmos as informações recebidas por e-mail hoje a tarde com as informações que temos aqui na pasta do do segurado, encontramos algumas divergências no que diz respeito ao valor pago ao Sr. Deodoro. Segue abaixo, elencados os documentos que estão sendo enviados neste momento via fax, att. Sra. Rosemeiry:

** AVISO DE SINISTRO DMH E DIT (CÓPIA) PAG. 1 E 2.*

Ocorre que ao verificarmos o valor da diária do segurado (R\$ 23,33) e confrontarmos com a informação do documento, que estamos lhe enviando, verificamos que o segurado permaneceu 21 dias afastado e que, por nossos calculos, o mesmo deveria ser ressarcido em R\$ 483,00. Aguardo um contato.

Sem mais agradeço desde já.

*Bruna Daffré
Depto. Benefícios SISMI
E-mail: bruna.sismi@yahoo.com.br*

Fale com seus amigos de graça com o novo Yahoo! Messenger
<http://br.messenger.yahoo.com/>



Apólice: _____ Estipulante: _____
 Segurado: Leandro Lopes da Silva Profissão: Planeiro Idade: 52
 Endereço (rua, n.º, compl., bairro): Rua Antonio Bacchelli n.º 106 B: Vila Luínda
 Cidade: Flu Estado: SP CEP: 13300-000 Telefone: (11)

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
 PREENCHER OS DADOS A SEGUIR

DADOS DO SINISTRO
 Data: 28/10/07 Hora: 12:45 Local/Endereço: Rua Flamarion Pinheiro Em serviço? Sim Não

1. Descrever detalhadamente o acidente:
Trabalhando no escritório de paralelização uma das pernas desmoronou da minha mão e caiu sobre o dedo do pé esquerdo. ocasionando a fratura e o corte do mesmo.

2. Cite o nome e endereço de testemunhas que presenciaram o acidente ou viram o segurado após o acidente

Nome: _____ Endereço: _____
 1. Enoch Flamarion Baragem Pinheira
 2. Francisco (Chiquinho) Baragem Pinheira

3. Nome do Médico e do hospital que atendeu o Segurado na ocasião do acidente:
Hospital Santerinhas

4. Data em que procurou assistência médica pela primeira vez:
28/10/07 (dia do acidente)

5. Houve boletim de ocorrência ou comunicação de acidente de trabalho?
Sim, CAT

6. Mantém seguro de Vida/Acidentes pessoais em outra Seguradora? Se sim, citar o nome.

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
 PREENCHER OS DADOS A SEGUIR

- O Segurado se encontra em plenas condições de trabalho? Caso negativo, favor informar o motivo.
- A partir de que data o segurado foi afastado de suas atividades?
- O segurado se encontra em tratamento médico? A partir de que data?
- Existe a possibilidade de o Segurado voltar a exercer suas atividades e, em qual data?
- Qual e em que ano foi feita entrada na documentação para a aposentadoria do Segurado pela Previdência?

Declaro sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Local e Data: Flu, 14 de Agosto 2006 Assinatura do Segurado: Leandro Lopes da Silva Assinatura do Estipulante: _____

Nome do Segurado

Deodoro Lopes da Silva

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PREENCHER OS DADOS A SEGUIR

1. Qual o diagnóstico que levou o segurado a sua incapacidade total e temporária?

frimimento contuso e natureza de
mollesce de E

2. Qual a data da primeira consulta médica em relação à moléstia atual?

28/7/06

3. Quais os exames efetuados para confirmação do Diagnóstico?

AX de E

4. Houve internação para Tratamento Clínico ou Cirúrgico? Se afirmativo quebra informar os Períodos.

nao

5. Quais os motivos das Internações acima? Cite os Diagnósticos.

nao houve.

6. Diante do Diagnóstico Firmado, considera V.S.A. que o paciente está totalmente incapacitado temporariamente de exercer suas funções? Se Afirmativo, por gentileza informar numero de dias.

incapacidade temporaria por 40 dias.

7. A quanto tempo na sua opinião, está o paciente sofrendo da moléstia que o tornou incapacitado temporariamente de exercer suas funções?

trauma e 28/7/06.

8. Pode o Paciente, mesmo parcialmente atender suas funções habituais?

sim

9. Cite outras Patologias Pré-existentes que tenham contribuído direta ou indiretamente para o diagnóstico da moléstia atual.

n.d.m.

10. Atendeu V.S.A ao paciente anteriormente por outras moléstias? Quais e em que datas?

nao

11. Houve alta médica? Em que data?

Alta médica em 24/8/06.

12. Declaração sobre o quadro clínico atual do Segurado

realizado notadamente o tratamento
período médico desde 28/7/06.

Local/ Data

Sua 28/8/2006

Assinatura


Roberto Silveira Arruda
C.R.M. 27.335

Deverá ser reconhecida a firma da assinatura do médico em cartão.

Jacqueline

De: "Jacqueline" <jacqueline@vertconseguros.com.br>
 Para: "Lucimeire Mitsui" <lcabrini@ms-seg.com.br>
 Cc: "Rosi (Vertcon)" <rosi.ramos@vertconseguros.com.br>; "Brandão" <brandao@vertconseguros.com.br>
 Enviada em: quinta-feira, 18 de janeiro de 2007 13:44
 Assunto: Sinistro de DEODORO LOPES DA SILVA/ Sind. de Itu

Boa tarde, Meire!

Sinistrado: Deodoro Lopes da Silva (D.I.T.)

Foi realizado um pagamento dia 10/01/07 de R\$ 116,00 referente a 7 dias, porém o valor da indenização está incorreto.

Segue análise:

7 dias x R\$ 23,33 (valor da diária correta) = R\$ 163,31 à receber.

Portanto:

R\$ 163,31 (valor correto) - R\$ 116,00 (valor pago pela Cia) = R\$ 47,31

Favor verificar quando será pago o valor da diferença de R\$ 47,31 .

Ficamos no aguardo,

Grata,

Jacqueline Ap.
 Depto. de sinistro vida
 PABX: (11) 3219- 1008

até 03/02 pg.
 03/02

Início 28/07/06 A 03/09/06 = 36 DIAS.

mitsui esta pagando 7 DIÁRIAS FRANQUIA DE 30 DIAS.

SINDICATO diz QUE A FRANQUIA É DE 15 DIAS,

ACREDITAM QUE O SEGURADO TEM 12 DIÁRIAS.

FINALIZAR EM 27/11/06

OK

Rosimeiry Ramos

De: "Lucimeire Cabrini da Silva" <lcabrini@ms-seg.com.br>
Para: "Rosimeiry Ramos" <rosi.ramos@vertconseguros.com.br>
Enviada em: segunda-feira, 2 de outubro de 2006 10:45
Assunto: VERTCON - PROC NR 1573/06 - SEG.: DEODORO LOPES DA SILVA (DIT)

27/10/06

Bom dia

Rosi

Por gentileza, informar em que mês o segurado deu entrada no grupo segurado, pois só foi localizado no mês do evento 28/07/2006.
Ficamos no aguardo das devidas providencias.

Grata

ARQUIVO ENVIADO EM 11/10/06
SEGURADO INCLUSO MAI/06.

Lucymeire Cabrini
Depto de Sinistro Vida
Mitsui Sumitomo Seguros S/A
Fone (011) 31775873
Fax.: (011) 6845-2215

FACE CONOSCO

e-mail lcabrini@ms-seg.com.br

DISCLAIMER: This e-mail message is for the sole use of the intended recipient(s) and may contain certain confidential and privileged information. Any unauthorized review, use, disclosure or distribution is prohibited. If you are not the intended recipient, please contact the sender by e-mail and destroy all copies of the original message MITSUI SUMITOMO SEGUROS all rights reserved.

Esta mensagem é de uso exclusivo dos destinatários pretendidos e pode conter informações confidenciais e privilegiadas. Qualquer revisão desautorizada, uso, distribuição ou divulgação é proibido. Se você não for o destinatário pretendido, por favor entre em contato com o remetente por e-mail e destrui todas as cópias da mensagem original. MITSUI SUMITOMO SEGUROS todos os direitos reservados.

6/10/2006

V27/09/06

São Paulo, 15 de setembro de 2006

A
MITSUI SUMITOMO SEGUROS

AT. DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

ESTIPULANTE: 19301891 - VERTCON CLUBE DE SEGUROS

SUB. ESTIPULANTE N.º 1981 - SISMI - SIND TRAB SERV PUB MUN DE ITÚ
DEODORO LOPES DA SILVA - DIT
Data do Evento 28/07/06

Segue anexo documentos abaixo relacionados para análise do referido sinistro:

- Aviso de Sinistro;
- Relatório Médico;
- Cópia do RG e CPF;
- Autorização p/ Eventual Pagamento;
- CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho;
- Cópia de Comprovante de Vínculo Empregatício;
- Cartão de Consulta do Acidentado;
- Comunicação de Resultado Requerimento n° 7857220, Benefício n° 5602027501;
- Cópia Comprovante de Residência.

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

Atenciosamente,


Rosimeiry Ramos
Ger. Sinistro Vida



SINDICATO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO
PÚBLICO MUNICIPAL DE ITU
FILIADO A FESSP-ESP

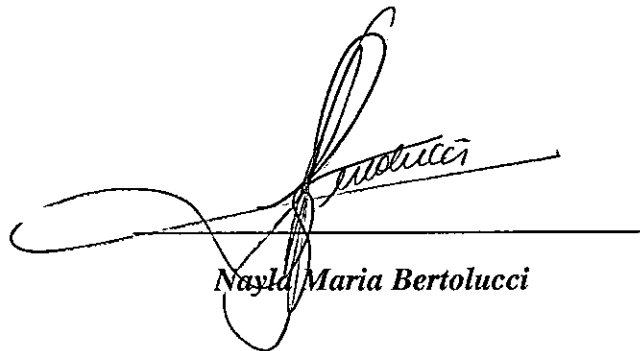


Itu, 04 de Setembro de 2006.

Prezado Srta. Jacqueline,

*Segue anexo a esta, documentação para abertura de sinistro DIT do sócio Sr.
Deodoro Lopes da Silva, aguardamos retorno do protocolo e parecer por parte da Vertcon
após a devida conferência dos documentos.*

Atenciosamente,



Nayla Maria Bertolucci

RUA PAULA SOUZA, 329 CENTRO
ITU/SP TELEFAX : 4022-6563 CNPJ 49.563.596/0001-27
E-mail: contato@sismi.com.br

Apólice

Estipulante

Segurado

Endereço (rua, n.º, compl., bairro)

Profissão

Idade

Cidade

Estado

CEP

Telefone

Leandro Lopes da Silva *Diarista* *52*
Rua Antonio Bacchelli n.º 106 B: Vila Luanda
Stu *SP* *13300-000 (11)*

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PREENCHER OS DADOS A SEGUIR

DADOS DO SINISTRO

Data *28/7/06* Hora *12:45* Local/Endereço *Rua Gleniano Pineto* Em serviço? Sim Não

1. Descrever detalhadamente o acidente

Trabalhando no assustamento de paralelepípedos, uma das pedras que regeu de minhas mãos e caiu sobre o dedo do pé esquerdo. Ocasionalmente a fratura e o corte do mesmo.

2. Cite o nome e endereço de testemunhas que presenciaram o acidente ou viram o segurado após o acidente

Nome	Endereço
<i>1. Prof. Gleniano</i>	<i>Granagem Prefeitura</i>
<i>2. Armando (Uluquinho)</i>	<i>Granagem Prefeitura</i>

3. Nome do Médico e do hospital que atendeu o Segurado na ocasião do acidente

Hospital Sanatorinhas

4. Data em que procurou assistência médica pela primeira vez

28/07 (dia do acidente)

5. Houve boletim de ocorrência ou comunicação de acidente de trabalho?

Sim, CAT

6. Mantém seguro de Vida/Acidentes pessoais em outra Seguradora? Se sim, citar o nome.

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PREENCHER OS DADOS A SEGUIR

1. O Segurado se encontra em plenas condições de trabalho? Caso negativo, favor informar o motivo.

2. A partir de que data o segurado foi afastado de suas atividades?

3. O segurado se encontra em tratamento médico? A partir de que data?

4. Existe a possibilidade de o Segurado voltar a exercer suas atividades e, em qual data?

5. Qual a data em que foi dada entrada na documentação para a aposentadoria do Segurado pela Previdência?

Declaro sob as penas da lei que as informações acima são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Local e Data

Assinatura do Segurado

Assinatura do Estipulante

Stu, 14 de Agosto 2006 *Leandro Lopes da Silva*

TEMPORARIA

Nome do Segurado

Deodoro Lopes da Silva

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PREENCHER OS DADOS A SEGUIR.

1. Qual o diagnóstico que levou o segurado a sua incapacidade total e temporária?

frimimento contuso e lacerado do
mollusc pé E

2. Qual a data da primeira consulta médica em relação à moléstia atual?

28/7/06

3. Quais os exames efetuados para confirmação do Diagnóstico?

RX pé E

4. Houve internação para Tratamento Clínico ou Cirúrgico? Se afirmativo queira informar os Períodos.

nao

5. Quais os motivos das Internações acima? Cite os Diagnósticos.

nao houve.

6. Diante do Diagnóstico Firmado, considera V.S.A. que o paciente esta totalmente incapacitado temporariamente de exercer suas funções? Se Afirmativo, por gentileza informar numero de dias.

incapacidade temporaria por 40 dias.

7. A quanto tempo na sua opinião, esta o paciente sofrendo da moléstia que o tornou incapacitado temporariamente de exercer suas funções?

trouxa e 28/7/06.

8. Pode o Paciente, mesmo parcialmente atender suas funções habituais?

sim

9. Cite outras Patologias Pré-existentes que tenham contribuido direta ou indiretamente para o diagnostico da moléstia atual.

n.d.m.

10. Atendeu V.S. A ao paciente anteriormente por outras moléstias? Quais e em que datas?

nao

11. Houve alta médica? Em que data?

Alta médica em 04/8/06.

12. Declaração sobre o quadro clinico atual do Segurado

realizado notadamente o tratamento no
período referido desde 28/7/06.

Local/Data

Lua 28/8/2006



Assinatura

Deodoro Silveira Arruda
CPF 27.336

Deverá ser reconhecida a firma da assinatura do médico em cartela.

FILIAÇÃO RAIMUNDO LOPES DA SILVA
 MÃE ANA SANTA DA CONCEIÇÃO
 NATURALIDADE ALVARES MACHADO - SP DATA DE NASCIMENTO 26/DEZ/1953
 DOC ORIGEM ITU SP
 ITU
 CC 519.859 / ELS. 280 / N. 011761
 ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

26-12-53 1021 288 058 64
 CONTRIBUINTE
 RAIMUNDO LOPES DA SILVA
 SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO 1253-4
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT


 Assinatura do Titular
 CARTEIRA DE IDENTIDADE
 MODELO FORMULÁRIO 110A



Mitsui Sumitomo Seguros

**AUTORIZAÇÃO PARA EVENTUAL PAGAMENTO
CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO RAMO VIDA**

Nº DO SINISTRO =

EU Fláudio Lopes da Silva PORTADOR (ORA) DO RG Nº 15.496.221-1;
E, CPF Nº. 021.288.058.64 NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) /BENEFICIÁRIO (A) DO
SR. (A) _____, REFERENTE A INDENIZAÇÃO DO
SEGURO DE VIDA, NA COBERTURA DE: DIT (Incapacidade Temporária) APÓLICE Nº. 91.000
00045, AUTORIZO A SEGURADORA MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A A EFETUAR O RESPECTIVO
PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

NOME DO BANCO = Banco Real

Nº DO BANCO _____ Nº AGÊNCIA 05821 Nº DA C/CORRENTE 0423064-6

2 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA

NOME DO BANCO = _____

Nº DO BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ / Nº DA C/POUPANÇA _____

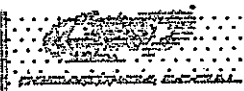
DECLARO QUE, A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO
O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO DE ACORDO COM AS
INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O
VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO CONFORME APÓLICE VIGENTE.

Fláudio Lopes da Silva

LOCALE DATA

Fláudio Lopes da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



Número da CAT: 2006.302.561-2/01

Informações do Fornecedor

Endereço	1 - Empregador	Data Emissão	28/07/2006
Nome do CAT	1 - Inicial	Comunicação Obra	
Situação	1 - Empregado	E-mail	EDUARDOILEMOS@IG.COM.BR

Informações do Empregador

Nome Social/Nome	ITU PREFEITURA	CNPJ	175116
Nome Num. Doc.	1 - CDD/CNPJ 4563440001-00	Endereço	AV. TIRADENTES 2001
CEP	13309100	Cidade	SP
Bairro	VILA LUCINDA	Telefone	0000-40255503
Município	ITU		

Informações do Acidentado

Nome	DEODORO LOPES DA SILVA	Data Nascimento	26/12/1953
Nome da Mãe	ANA SANTA DA CONCEIÇÃO	Sexo	Masc
Gravidade da Lesão	2 - Até a 4ª série turndamental (completa)		
Grande Cível	Solteiro	Salário	422,84
CIPD	052484 Série: 00287 Di. emitido: UF: SP	Identidade	15495221 Di. emitido: Org. Exp: 01 UF: SP
CPF	1409520304-2	Endereço	R. H. 122
Bairro	V. LUCINDA	CEP	13300000
Cidade	SP	Município	ITU
Telefone	-	CBO	411035 - AUXILIAR DE ESCRITÓRIO, EM GERAL
Apresentação	Não	Acção	Urbana

Informações do Acidente

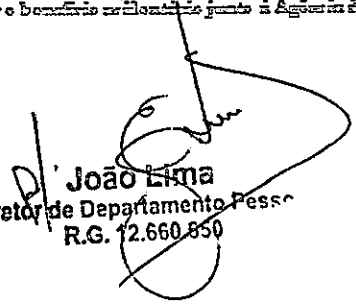
Data do Acidente	28/07/2006	Hora do Acidente	12:50
Nome Trabalhador	DEODORO	Classe	1 - Típico
Nome do empregador?	Sim	Emp. Formal	Não
Local do Acidente	1 - Estabelecimento do Empregador	Emp. Local	GARAGEM
COD do Procedimento	CNPJ --	CIP do Acidente	SP
Município do Acidente	ITU	Data do Acidente	28/07/2006
Valor de Comp.	75.5070.000 - DEDQ		
Apresentação	39 50 42,430 - LOUCA DE MESA E OUTROS UTENSILIOS (DE FORÇA		
Cl. Causador	20.00.02.500 - IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA, DE OBJ		
Evento	Não	Data Obra	

Informações do Atestado Médico

Local	HOSP. SANATORINHO ITU	Data Atend.	28/07/2006
Hora Atend.	12:50	Hora Interação?	Não
Duração do atendimento	Sim - 015 dia(s)		
Mostrar no documento e atendimento?			
Qual Lesão	70.20.25.000 - FRATURA		
CBO - 10	552 5 - Fratura de outros dedos		
Observações		HAM	0000000582 - UF: SP

Utilizada em 28/07/2006 às 09:20:23

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) exigido(s) no Regimento, para requerer o benefício previdenciário junto à Agência de Previdência Social.


 João Lima
 Diretor de Departamento Pessoal
 R.G. 12.660.850

Dr. Fátima Silveira
 CRM 27.205/2006

46.634.440/0001-00
 PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA
 DE ITU
 Av. Tiradentes, 2001
 Vila Lucinda - CEP 13.309-640
 Itú - SP

MATRICULA		NOME DO FUNCIONARIO		C.T.P.S.		DEPTO		BCO.		CC.	
CARGO		COD. C.S.O.		TIPO DE PAGAMENTO		ADMISSAO					
(MÊS/ANO)		7152-10		FERIAS		19/05/2003					

CCO	DESCRIÇÃO	REFERENCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS	
	FERIAS	24,00	538,80		
	MEDIA H.E. 50% - FERIAS	17,46	80,15		
	MEDIA H.E. 100% - FERIAS	1,54	9,42		
	1/3 FERIAS	30,00	209,46		
	PENSAO ALIMENTICIA	25,00		193,44	
	IN.S.S. FERIAS	7,65		64,09	
			TOTAL DE VENCIMENTOS	TOTAL DE DESCONTOS	
			837,83	257,53	
SERVIDOR			VALOR LÍQUIDO → 580,30		
NÃO SERÁ ENTREGUE DESTA BÁSICA					
DADOS O PERÍODO ESTABELECIDO.					
SALÁRIO-BASE	SAL. CONTR. IN.S.S.	BASE DE CÁLCULO FG.T.S.	FG.T.S. DO MÊS	BASE CÁLC. I.R.R.F.	FAIXA I.R.R.F.
482,84	837,83	837,83	57,02	453,94	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

1 - O acidentado que, dentro de três dias, contados da data marcada, para o seu atendimento, não comparecer ao serviço médico, incidirá em abandono de tratamento, suspendendo-se o pagamento do auxílio-doença.

2 - Após atender o acidentado, o Médico de Atendimento deverá, após seu carimbo e assinatura nos campos próprios deste cartão, não sendo admitida simples rubrica.

3 - Se a assinatura do Médico de Atendimento, após a deste cartão, não corresponder à que constar dos registros do Setor de Acidentes de Trabalho, recusar-se a o pagamento do auxílio-doença, iniciando-se, de imediato, as sindicâncias necessárias à caracterização de fraude.

DATA		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO DE ATENDIMENTO
DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	
05/12	05/12	<i>[Assinatura]</i>
05/18	05/18	<i>[Assinatura]</i>
05/18	05/18	<i>[Assinatura]</i>
05/18	05/18	<i>[Assinatura]</i>

DATA DA ALTA	LESAO RESIDUAL	EMISSÃO DA RAMP

[Assinatura]
ASSINATURA E CRM DO MÉDICO DE ATENDIMENTO

CARTÃO DE CONSULTA DE ACIDENTADO

INAMPS

N.º DO ACIDENTE	DATA DO ACIDENTE	DATA DO INÍCIO DO TRAT.
8506 303 361 12101	28.07.2006	
ACIDENTADO DEODORO LOPES DA SILVA		
EMPRESA M. W. PREFEITURA		
ENTIDADE MÉDICA HOSPITAL SANATÓRIO DOS J. M.		
NOME DO MÉDICO DE ATENDIMENTO		

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS ITU
COMUNICAÇÃO DE RESULTADO
REQUERIMENTO Nº 75857220
BENEFÍCIO Nº 5602027501

Prezado(a) Sr.(a)
DEODORO LOPES DA SILVA

(NOME DO SEGURADO)		
15496221	56484/287	10396893942
(RG/CERTIDÃO)	(CTPS/SÉRIE)	(NIT)

De acordo com o exame médico-pericial ao qual submeteu-se em 24/08/2006, ficou constatado que há incapacidade laborativa até 03/09/2006.

Ressaltamos que o benefício foi caracterizado como Auxílio - Doença decorrente de acidente de trabalho. Não concordando com esta decisão, V.Sr. poderá realizar novo exame médico pericial, mediante formalização de requerimento de:

- Pedido de Prorrogação que poderá ser requerido de 15 (quinze) dias antes até a data 03/09/2006, correspondente a data limite do último exame; ou
- Pedido de Reconsideração ou Recurso que poderá ser requerido até 30 (trinta) dias a partir de 03/09/2006;

Atenciosamente
Itu, 24 de agosto de 2006

04.09.06
Dr. Walter Pizzo Junior
MPL nº 214607
Mat. SIAPE: 1502165

WALTER PIZZO JUNIOR - Mat.: 1502165

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito

Ciente em / /

Assinatura do Requerente/Rep. Legal

DEODORO LOPES DA SILVA
ANTONIO TOCCACHELLI 106

Nota Fiscal
Conta de Energia Elétrica
No 000182967 - Série B
Data de Emissão 19/07/2006
Data de Apresentação 24/07/2006
Pág. 01 de 01

ITU

001894

01897/067/Piratinga

Roteiro de Leituras No. Medidor Tipo de Conta Seu código Reservado ao Fisco
12-205-65714-30160 30020496 93935056 253C.8350.EE7C.59F0.1212.7A31.63CD.2A52

PREZADO(A) CLIENTE:

A CPFL Piratinga é reconhecida por seus clientes residenciais como a Melhor Distribuidora de Energia Elétrica da região Sudeste.

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

DEODORO LOPES DA SILVA
ANTONIO TOCCACHELLI 106
ITU
CLASSIFICAÇÃO: RESIDENCIAL BIFÁSICO

CNPJ/CPF 021.285.056-64

ATENDEMENTO CPFL SEU CÓDIGO CONTA MÊS VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
0800 0 10 25 70 www.cpfl.com.br 93935056 JUL/2006 03/08/2006 33,54

HISTÓRICO DE CONSUMO

DATAS DAS LEITURAS

DESCRIÇÃO DA CONTA

Mês	KWh	Dias	Atual	Anterior	Nº. de dias	Próximo Mês	No. DA PARCELA: 000	Quantidade	Tarifa/Preço	Valor (R\$)
2006 JUL	92	28	18/07/2006							
JUN	86	33	19/06/2006				CONSUMO FATURADO KWh	92	0,31529850	29,00
MAI	79	30					ICMS			3,95
ABR	85	32	17/08/06				MULTA ATRASO PAGAMENTO 06/2006			0,53
MAR	98	31					JUROS DE MORA 06/2006 00 7 DIAS			0,06
FEV	90	28					TOTAL CPFL			33,54
JAN	89	28								
2005 DEZ	89	31	Atual	3851						
NOV	79	31	Anterior	3759						
OUT	84	33	Fat. Múltip.	1						
SET	83	30	Consumo kWh	92						
AGO	80	32	Nº. Medidor	30020496						
JUL	68	30								

INDICADORES DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

ITU	DEC	FEC	DIC	FIC	DMIC
Padrão	3,30	3,00	21,00	16,00	10,00
Apurado	0,32	0,18	0,00	0,00	0,00

DEMONSTRATIVO DE IMPOSTOS / COMPOSIÇÃO DA TARIFA

Item	Valor (R\$)	Item	Valor (R\$)
ICMS - Base de Cálculo	R\$ 32,95	Energia	R\$ 15,26
Alíquota 12 %		Transmissão	R\$ 1,49
Valor ICMS	R\$ 3,95	Distribuição	R\$ 7,81
Valor COFINS	R\$ 1,50	Encargos	R\$ 2,62
Valor PIS	R\$ 0,32		

INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA

CREDITOS/REVOLOCÕES Valor (R\$)

TOTAL A PAGAR (R\$)

RELAZIO DE CONTAS VENCIDAS

33.54R005E0393DIN

33.54R005E0393DIN