

Parnasind

**SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA**

CNPJ - 65.697.708/0001-99 / Registro Mtb 46.000.006973/93-90
ÓRGÃO SINDICAL DE BASE – SANTANA DE PARNAÍBA / S.P – Fundada em 30/03/1993

002/15 SSPMSP/V



Fupesp

Santana de Parnaiba, 21 de Janeiro de 2015.

Venho através desta, encaminhar as documentações necessárias para dar entrada no processo de sinistro do segurado relacionado abaixo:

Sinistro: Acidente de Trabalho
Segurado: Evair Souza Santana.

Documentações:

- (01) Aviso de Sinistro (Seguradora - American life).
- (01) Boletim de Ocorrência de Acidente (Corretora – Vertcon Seguros).
- (01) Relatório Médico.
- (01) Declaração informando, que o médico não preencheu o boletim de ocorrência da vertcon.
- (01) Comprovante de Residência-Autenticada.
- (01) Cópia da Carteira de Habilitação – Autenticada.
- (05) Atestados da Pécia Médica – Original.
- (01) Cópia do CAT(Comunicação do Acidente de Trabalho) – Carimbo que confere com o original.
- (01) Cópia do Holerite (Agosto 2014).
- Declaração da Prefeitura , informando os dias em que o funcionário ficou afastado de suas atividades profissionais.
- (01) Autorização de pagamento/ crédito de indenização de sinistro em conta- corrente / poupança.
- Exame (Ressonância Magnética de Ombro Direito).

Charlene Carina

À
Sra. Joice Brandão
Vertcon Seguros



American Life Companhia de Seguros
 Av. Angélica, 2029 – Santa Cecília – São Paulo – SP – CEP 01227-200
 Fone: (11) 3258-0022 – Fax: (11) 3231-4446 – CNPJ 67.865.360/0001-27

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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE			
ESTIPULANTE/EMPREGADOR			APÓLICE Nº
SEGURADO EVAIR SOUZA SANTANA	DATA DE NASCIMENTO 10/08/1977	PROFISSÃO GMC	ESTADO CIVIL CASADO
SINISTRO DE CAUSA	DATA ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO 21/09/2014	ÚLTIMO SALÁRIO 2.500,00
<input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : Estava aposentado? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO Desde quando? - Motivo :			
BENEFICIÁRIOS			
NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE
Adriana C.O.S. Santana	Espos.		
Guilherme O.S. Santana	Filho		
Quêrona Karoline O.S. Santana	Filho		
Antonio O. Neto	Filho		
maria de F. Oliveira	Esposa		
LOCAL E DATA		CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR	
INFORMAÇÕES DO SEGURADO			
SEGURADO EVAIR SOUZA SANTANA	DATA DE NASCIMENTO 10/08/1977	PROFISSÃO	TELEFONE 972610978
ENDEREÇO AV. DR ALVARO RIBEIRO Nº 419	CIDADE SANTANA DE PARNAÍBA	UF SP	
DATA DO ACIDENTE 21/09/2014	HORA 15:00	LOCAL DO ACIDENTE QUARTEL GMC	
DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS			
ESTAVA PARTICIPANDO DE TREINAMENTO DE DEFESA PESSOAL, QUANDO SOFRI UMA QUEDA VINDO CAUSAR UM TRAUMA NO OMBRO DIREITO.			
TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL?			
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO			
NOME RAPHAEL MESQUITA DE OLIVEIRA SILVA	ENDEREÇO R. JOSE AUGUSTO DE CAMARGO, 152		
NOME	ENDEREÇO		
INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO			
DATA 1º SOCORRO 24/09/2014	LOCALIDADE BARUERI	ESTABELECIMENTO HOSPITAL 15	
ENDEREÇO R. Campos Sales 1160 - Boa Vista	CIDADE BARUERI	UF SP	TELEFONE 3883-3322
NOME DO MÉDICO Anderson	CRM Nº 115902	ENDEREÇO R. Campos Sales 1160 - Barueri	
INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA			
SEGURODORA	APÓLICE Nº	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL
		INV. PERM. ACIDENTE	INV. PERM. DOENÇA
			PROFISSIONAL
Nesta oportunidade, autorizo a American Life Companhia de Seguros, através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderem ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.			
SANTANA DE PARNAÍBA 07/01/15			
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:	Síndicato dos Adv. Pub. mun. do Parnaíba		SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	Evair Jorge Pontona		65.697.0001-99	
RG	Estado Civil	Sexo	MATRÍCULA / RE	CPF
27741151	Casado	M	5695	176.556.278-95
Conjuge	Adriana Cristina Oliveira Jorge Pontona		Data Nascimento	
LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA			12/08/77	
Base do Quadro Municipal - 21/09/2014			17.07.78	

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

no dia 21/09/2014, por volta das 15:00, estava realizando um treinamento de defesa pessoal na base da Gmc, quando se foi uma queda ao solo, vindo causar um trauma no ombro direito.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.	
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.		
Em caso negativo quais foram as causas		
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?		
Houve a necessidade de afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?		
O Acidentado teve alta? Em que data?		
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?		
Qual o percentual de redução Funcional?		
Nome do Médico Assistente.	CRM	
Endereço do Médico.		
LOCAL / DATA	/ /	Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL	Data	Assinatura do Acidentado
Parnaíba	07/01/15	

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

EVAR. Souza SANTANA.
relatório médico

paciente com história
pregressa de trauma da ombreira
direita, com R.M.M. ombreira
mostrando tendão do patela leve /
marcante do suprapatela e
infraepatela, em tratamento
com fisioterapia, e atualmente
tem dor no m. clavicular, tes-
tes de Neer+, Jobe+ e quadro
tombado a ombreira congelado,
(M750, M751, M659), sigmo-
peleto, D ept, medicação, mor-
tuária, repouso laboratorial
cerca 60 dias

12 NOV 2008

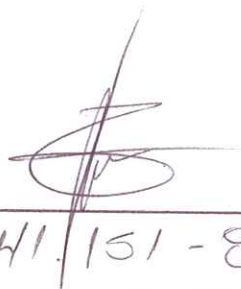
Dr. Mauricio S. Comosako
Ortopedia - Traumatol
CRM 61.378

Dr. Mauricio Sadayuki Comosako
CRM 61.378

Declarações

Declaro para os devidos fins, que o médico não preencheu o Boletim de ocorrência de Acidente Pessoal, devido a isso segue em anexo o relatório do médico.

Senão só para o momento,



RG. 27.741.151-8

CPE. **1**76 556 273-35

Jontoua de Paranaíba, 08 de fevereiro 2015.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
EVAIR SOUZA SANTANA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
27741151 SSP/SP

CPF DATA NASCIMENTO
176.556.278-35 12/08/1977

FILIAÇÃO
REINALDO DE SOUZA SANTANA
MARIA DE FATIMA SOUZA SANTANA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITACÃO
01190978875 18/08/2015 16/10/1996

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
SANTANA DE PARNAÍBA, SP 19/08/2010

ASSINATURA DO EMISSOR
49406415689
SP501766073

DETRAN - SP (SÃO PAULO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
332346549

PROIBIDO PLASTIFICAR
332346549

09284W260669
AUTENTICACÃO
08 JAN 2015
08 JAN 2015
Fol: (11) 5622-7700
SANTANA DE PARNAÍBA - Aduana e Comércio
Cidade do Pacífico da Sina
R. Paranaíba, 1323

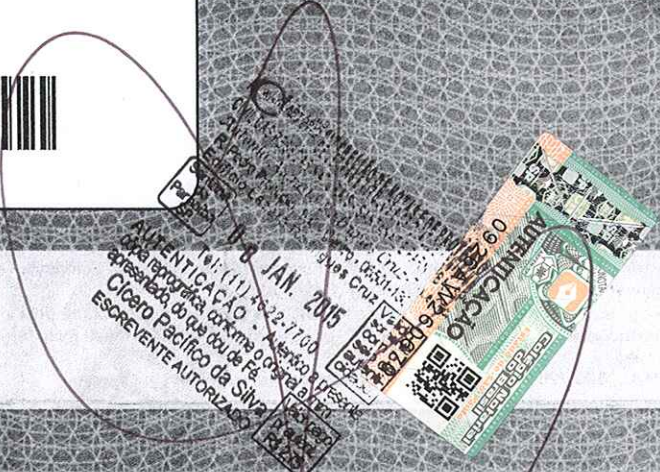
CAIXA



0030 - CTC JAGUARE SPM PL6 DATA DE POSTAGEM: 03/12/2014

EVAIR SOUZA SANTANA
AV DR ALVARO RIBEIRO, 419
JARDIM DEGHI
06502-181 SANTANA DE PARN SP

721130702153926000000989910031214



8502P811P

PARA USO DOS CORREIOS

<input type="checkbox"/> MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM _____ RUBRICA: _____ MATRÍCULA: _____
<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> RECUSADO	<input type="checkbox"/> FALECIDO	
<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O Nº INDICADO	<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/> OUTROS	
<input type="checkbox"/> SEM PORTARIA	<input type="checkbox"/> SEM PORTEIRO	<input type="checkbox"/> SEM ACESSO A CAIXA RECEPTORA	

REMETENTE

VALID S.A.
AV DR RUDGE RANOS, 1561
RUDGE RANOS
09639-900 SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP



Central de Atendimento ao Comprador Minha Casa Minha Vida: 0800 721 6268
 SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
 Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
 Ouvidoria: 0800 725 7474
 caixa.gov.br

9899




Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

Sistema - CMTI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome EVAIR SOUZA SANTANA		
Registro Profissional 5095	Sexo M	Estado Civil CASADA(O)
Endereço Residencial RUA SANTOS FUTEBOL CLUBE, 30 JARDIM HELENA OSASCO		Telefone 36925296
Secretaria de Origem GUARDA MUNICIPAL		Data de Emissão 30/09/2014
Data: 30/09/2014 Válida somente na data da expedição <div style="text-align: center;">  Assinatura do Servidor </div>		

QUESTITOS A CARGO DO MÉDICO DO TRABALHO

<p>1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>Acidente de trabalho. Continuação do atestado médico anterior. Retornar ao SMST dia 16/10/2014 para avaliação clínica. Aguardando exame de RNM de ombro direito.</p>
<p>2 - Em caso afirmativo?</p> <p>Favor a concessão de 011) dias de licença à partir do dia 01/10/2014</p>	

	CID CID/S43.0/S43.0/S43.0 CFM 111422	30/09/2014 Data	 Dr. Marcelo Molina de Vasconcelos Médico do Trabalho CRM - SP - 111422 Assinatura e Carimbo
--	---	--------------------	---



Sistema - CMTI

Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome EVAIR SOUZA SANTANA		
Registro Funcional 5695	Sexo M	Estado Civil CASADA(O)
Endereço Residencial RUA SANTOS FUTEBOL CLUBE,30 JARDIM HELENA OSASCO		Telefone 36925296
Secretaria de Origem GUARDA MUNICIPAL	Data de Emissão 14/10/2014	

Data: 14/10/2014
Válida somente na
data da expedição


Assinatura do Servidor

QUESITOS A CARGO DO MÉDICO DO TRABALHO

1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?

SIM NÃO

2 - Em caso afirmativo?

Favor à concessão de(022) dia(s) de licença
à partir do dia 17/10/2014

Acidente de trabalho.
Continuação atestado médico anterior
Aguardando laudo médico ortopedista
retorno SMST em 07/11/14

Emissão: 14/10/2014

08 JAN. 2015

AUTENTICAÇÃO

0926AV/260667

DR. FABIO RENATO PEREIRA PINTO

CRM 42.534 - SMST-17091

Médico do Trabalho

08 JAN. 2015

0926AV/260667

08 JAN. 2015

0926AV/260667

CID CID/S43.0/S43.0
CRM 42534

14/10/2014
Data

Assinatura e Carimbo



Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

Sistema - CMTI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome EVAIR SOUZA SANTANA		
Registro Funcional 5695	Sexo M	Estado Civil CASADA(O)
Endereço Residencial RUA SANTOS FUTEBOL CLUBE,30 JARDIM HELENA OSASCO		Telefone 36925296
Secretaria de Origem GUARDA MUNICIPAL		Data de Emissão 10/11/2014

Data: **10/11/2014**
Válida somente na data da expedição

Assinatura do Servidor

QUESITOS A CARGO DO MÉDICO DO TRABALHO

1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?

SIM NÃO

2 - Em caso afirmativo?

Favor à concessão de(010) dia(s) de licença a partir do dia 8/11/2014

Continuação atestado médico anterior.
Acidente de trabalho.
Retorno SMST em 17/11/14.

08 JAN 2015
AUTENTICAÇÃO
Cícero Pacifico da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADO

08 JAN 2015
AUTENTICAÇÃO
Cícero Pacifico da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADO

08 JAN 2015
AUTENTICAÇÃO
Cícero Pacifico da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADO

CID CID/S43.0/S43.0/S43.0
CRM42534

10/11/2014
Data

Dr. FABIO RENATO PEREIRA PINTO
CRM 42534 - SSMT-17091
Assessor Médico do Trabalho



Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba


AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

Sistema - CMTI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome EVAIR SOUZA SANTANA		
Registro Funcional 5695	Sexo M	Estado Civil CASADA(O)
Endereço Residencial RUA SANTOS FUTEBOL CLUBE,30 JARDIM HELENA OSASCO		Telefone 36925296
Secretaria de Origem GUARDA MUNICIPAL		Data de Emissão 17/11/2014
Data: 17/11/2014 Válida somente na data da expedição		
 Assinatura do Servidor		

QUESITOS A CARGO DO MÉDICO DO TRABALHO

<p>1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>2 - Em caso afirmativo?</p> <p>Favor à concessão de(030) dia(s) de licença à partir do dia 18/11/2014</p>	<p>Acidente de trabalho. Continuação atestado médico anterior. Encaminhado à caixa de previdência.</p> <div style="text-align: center;">  </div>
--	--

<p>Compareceu à Avaliação Clínica na presente data no horário das</p> <p>09:28 hs às 09:59 hs</p>	<p>CID CID/S43./M75.0/M75.1/</p> <p>CRM42534</p>	<p>17/11/2014</p> <p>Data</p>	<p>DR. FABIO RENATO PEREIRA PINTO</p> <p>CRM 42.534 - SSMT-17091</p> <p>Médico do Trabalho</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
---	--	-------------------------------	--



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

MEMO N.º

A – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1 – NOME EVAIR SOUZA SANTANA						PARA USO DA PERÍCIA
2 – REGISTRO FUNCIONAL 5695	3 – DATA NASC. 12/08/1977	4 – COR	5 – SEXO MASCULINO	6 – ESTADO CIVIL CASADO		
7 – ENDEREÇO RESIDENCIAL R. SANTOS FUTEBOL CLUBE, 30 - JD. HELENA - OSASCO				8 – TELEFONE (11) 4154-6590 (11) 7880-8968		
9 – CARGO / FUNÇÃO GMC		10 – SECRETARIA DE ORIGEM SEC. MUNIC. DE SEG. URBANA		11 – DATA DE EMISSÃO 11/12/2014		
12 – LICENÇA MÉDICA <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO		13 – FINAL DA ÚLTIMA LICENÇA – DATA 17/12/2014				

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO SERVIDOR

[Handwritten Signature]
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR

B – QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

- 1- TRATA-SE DE ACIDENTE DO TRABALHO?
SIM
- 2 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?
PROVISORIAMENTE
- 3 - EM CASO AFIRMATIVO
- 3.1 - É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU TRABALHO?
SIM
- 3.2 - É SUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO PARA OUTRA ATIVIDADE?
SIM
- 4 - PARECER CONCLUSIVO
 - FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE LICENÇA A PARTIR DE
18/12/2014 À 12/01/2015
 - CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA
 - ALTA/APTO A PARTIR DE **13/01/2015**
 - AVALIAÇÃO S.M.S.T.
- 4.1 - HÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME AO TÉRMINO DESTA LICENÇA?

periciando com historia de ser vitima de acidente em treinamento com trauma em ombro direito ocorrido em 09/2014 com historia de luxação glenoumeral direita. Em tratamento conservador e fisioterapico alta programada para 13/01/2015

[Handwritten Signature]

08 JAN. 2015

Dr. Marcus S. Kroger
Médico Perito
CRM 79.426

ESCREVENTE AUTORIZADO

PERITO: ASSINATURA E CARIMBO

COMPARECEU À PERÍCIA MÉDICA NA PRESENTE DATA NO HORÁRIO DAS

CID **s43 / m75 / m75.1**

CRM **79426**

DATA **11/12/14**

C - REVISÃO

- CONFIRMADO

- ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO COORDENADOR

OBSERVAÇÕES DO D.P.



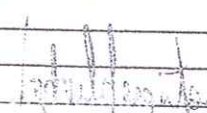
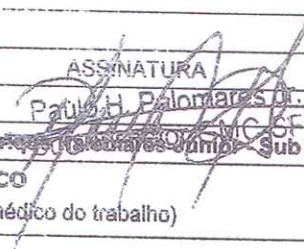
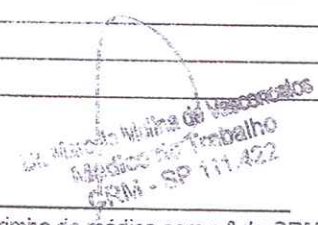
PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA

Estado de São Paulo

ACIDENTADO				
1 - Nome	EVAIR SOUZA SANTANA			
2 - Nome da Mãe	Maria de Fátima Souza Santana			
3 - Data de Nascimento	12/8/1977	4 - Sexo	masculino	
		5 - Estado Civil:	casado	
6 - CTPS - N.º	7527 Série: 00183	Data de Emissão:	19/5/2000	
7 - UF	SP	8 - Remuneração Mensal	R\$ 2.500,00	
9 - Cédula de Identidade - RG. n.º	277411518	10 - Data de Emissão:	4/7/1991	
11 - Órgão Expedidor	SEP	12 - UF	SP	
13 - PIS/PASEP n.º	125.259.789-02			
14 - Endereço / Domicílio	Av. Dr. Alvaro Ribeiro, 419			
15 - Bairro	Jardim Deghi			
16 - CEP n.º	06132-330	17 - Município:	Santana de Parnaíba	
		18 - UF	SP	
19 - Telefone / Residencial	97880-8968			
20 - Cargo:	Guarda Municipal Comunitário	21 - Prontuário :	5.695	
22 - Lotação:	Secretaria Municipal de Segurança Urbana			
23 - Aposentado ?	SIM () NÃO (x)			
ACIDENTE / DOENÇA				
24 - Data do Acidente:	21/9/2014	25 - Hora do Acidente:	15:00	
26 - Após quantas horas de trabalho ?	02:00			
27 - Tipo :	Em serviço [x] Doença [] Trajeto []			
28 - Houve afastamento ?	SIM [x] NÃO []		29 - Último dia trabalhado:	21/9/2014
30 - Local do Acidente:	Base da GMC			
31 - Especificação do local do acidente:	falante			
32 - Trajeto usual do segurado:				
33 - Meio de locomoção utilizado pelo segurado quando sofreu acidente:				
34 - Houve alteração / mudança do trajeto ?	SIM [] NÃO []			
35 - Caso positivo, explique os motivos:				
36 - Parte do corpo atingida:	clavícula direita			
37 - Agente causador:	queda de mesmo nível			
38 - Descrição da situação causadora do acidente / doença:	Participando de treinamento de defesa pessoal na Base da GMC sofreu queda ao cair com luxação da clavícula direita.			
39 - Houve registro policial (B.O. / T.C.) ?	SIM [] NÃO [x]			
40 - Houve morte ?	SIM [] NÃO [x]			



TESTEMUNHAS

41 - Nome:	Raphael Mesquita de Oliveira e Silva		
42 - Endereço / Domicílio:	Rua José Augusto de Camargo, 152		
43 - Bairro:	Vila São João		
44 - CEP.:	45 - Município:	46 - UF:	SP
47 - Telefone / Residencial :	7861-3402		
48 - End. Comercial :	Base GMC		
	 ASSINATURA		
49 - Nome			
50 - Endereço / Domicílio -			
51 - Bairro			
52 - CEP.:	53 - Município	54 - UF	
55 - Telefone / Residencial			
56 - End. Comercial			
57 - Data de Emissão da CAT:	24/09/2014	 ASSINATURA Paulo Henrique Palomares Junior - Sub Insp DTERH	
ATESTADO MÉDICO (deve ser preenchido pelo médico do trabalho)			
58 - Local do atendimento médico	SUS		
59 - Data do atendimento	24/09/2014		
61 - Houve Internação ?	SIM []	NÃO [X]	
62 - Duração provável do tratamento	43 dias		
63 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento ?	SIM [X]	NÃO []	
LESÃO			
64 - Descrição e natureza da lesão	Laceração da Artéria Acoriocefálica do membro direito		
65 - Diagnóstico provável	Laceração da Artéria Acoriocefálica do Membro direito		
66 - CID - 10	S43.1		
67 - Observações			
Local e Data	Santana de Parnaíba 24/09/2014		
	 Assinatura e Carimbo do médico com n.º do CRM		

PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA

Rua São Miguel Arcanjo, nº 90 - Centro
 CEP: 06501-115 Santana de Parnaíba - SP

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Verba 034051	Período / Ano SET/2014	Conta Corrente 3 4195-0 0030706
Nome do(s) Funcionário EVAIR SOUZA SANTANA	Matrícula 005695	CPF 000.000.000-00
Função GUARDA MUNICIPAL COMUNITARIO -		

COMPOSIÇÃO DO RENDIMENTO BASE MENSAL

Vencimento 1.795,92	Plano de Carreira 0,00	Adicionais 0,00
6ª Parte 0,00	Gratificações 0,00	Total Bruto 3.259,59

DEMONSTRATIVO DO MES

COD	DESCRIÇÃO	REF.	VENCIMENTO	DESCONTOS
001	VENCIMENTO MENSAL	30/30	1.795,92	
013	GRAT. ESP. TRABAL	35,00%	628,57	
023	ADICIONAL DE RISC	40,00%	718,37	
130	ADICIONAL NOTURNO	52	116,73	
502	IMPOSTO DE RENDA	03 DEP		48,25
507	MENSALIDADE SINDI			18,00
545	DESC VERTCON			72,81
801	PRO SAUDE PLANOS			474,36
803	PRO SAUDE PLANOS			121,19
824	PLANO ODONTOLOGIC			37,50
951	CAIXA DE PREVIDEN	11,00%		289,41
Observações			Tot. de Vencim.	Total de Descontos
LOGIN: EVAIR005695 SENHA: 284758804278060			3.259,59	1.061,52
Depósito Bancário			Salário Família	
			0,00	
			LÍQUIDO A RECEBER	2.198,07
BASE PREVIDÊNCIA	BASE FGTS	DEPÓSITO FGTS	BASE IRRF	
2.631,02	0,00	0,00	2.431,05	

TABELÃO DE NOTAS DE PROTESTO
 CNILAS PESS: 55447 PARS: SANTANA DE PARNAIBA-SP
 Antonio Augusto Rodrigues Cruz - 024
 R. Pedro Proença, 100 - Centro - 06501-130
 Edifício Lázara Rodrigues Cruz

14 JAN. 2015
 Tel: (11) 4622-7700

AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica, conforme o original a mim apresentado, do que dou de fé.
 Cícero Pacifico da Silva
 ESCRIVENTE AUTORIZADO

Valor pago p' autent. R\$ 2,75



**PREFEITURA DE
SANTANA DE PARNAÍBA**
NOVO TEMPO, NOVOS RUMOS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, o servidor EVAIR SOUZA SANTANA nº. 5.695, portador da cédula de identidade nº277411518 está afastado de suas atividades nesta municipalidade por motivo de Acidente de Trabalho no período de 23/09/14 à 12/01/15.

Sendo só o que temos a declarar,

Santana de Parnaíba, 08 de janeiro de 2015.



ADRIANO DE FREITAS GONÇALVES
Secretário Municipal de Administração



American Life Companhia de Seguros
 Av. Angelica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220
 CNPJ: 67.865.380/0001-27
 Fone: (11) 3017-0022 - Fax: (11) 3017-0020

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO EM CONTA-CORRENTE/POUPANÇA

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 no recebimento da indenização no banco.

Eu Evair Louzo Antunes
 portador do R.G. nº 27741154, expedido por _____, na data 1/1/, e
 C.P.F. nº 176.556.278-35, CNPJ nº _____ na
 qualidade de beneficiário (a) do valor referente a indenização do seguro de vida da vítima _____
 Autorizo a Seguradora American Life CIA de Seguros a efetuar o respectivo pagamento / crédito,
 de acordo com a forma abaixo indicada :

Dados bancários incompletas ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO (Indicar apenas um tipo)

	BANCO (NOME E NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO	Nº DA CONTA CORRENTE	DÍGITO
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	<u>Santander</u>	<u>4195</u>		<u>01003070</u>	<u>6</u>
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA	BANCO (NOME E NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO	Nº DA CONTA POUPANÇA	DÍGITO
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CONJUNTA	BANCO (NOME E NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO	Nº DA CONTA CONJUNTA	DÍGITO
Telefone (DDD+ Nº)		E-mail:			

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.

Obs.: O preenchimento deste formulário não é garantia de pagamento de indenização

Itano Parnauha, 07/10/15
 LOCAL E DATA

[Assinatura]
 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 a devolução do crédito.



ULTRACRON
medicina diagnóstica

Nome : Sr (a). EVAIR SOUZA SANTANA
Médico :Dr.(a) ANDERSON FERNANDES SUWAKI
Data : 15/10/2014

No.:213379

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE OMBRO DIREITO

TÉCNICA: Imagens obtidas com aquisições multiplanares nas sequências ponderadas em T1, gradiente T2*, STIR e T2 sem e com supressão de gordura.

ANÁLISE:

Plano ósseo visualizado com morfologia e sinal normais.

Relações ósteo-articulares gleno-umeral e acrômio-clavicular preservadas.

Lábios glenóides íntegros.

Ausência de derrame articular significativo.

Planos gordurosos e bolsa subacromial subdeltóidea preservadas.

Tendões do supra-espinhal e do infra-espinhal íntegro, de espessura e contornos normais, com leve alteração de sinal intrasubstancial distal.

Tendão do subescapular sem alterações significativas.

Músculos componentes do manguito rotador com morfologia e sinal normais.

Aspecto normal do tendão da cabeça longa do bíceps, ausência de coleções peritendíneas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

- Tendinopatias leves/incipientes do supra-espinhal e do infra-espinhal sem roturas.
- Restante do exame sem particularidades.

Dr(a): GIANCARLO DE SANCTIS PECORA
CRM-SP: 85535