

Recibo de Indenização de Sinistro
RECIBO Nº: 2004/2

SANTOS SEGUROS

Nº do Sinistro 1009300013955	Nº da Apólice 1009300000086	Ramo VIDA EM GRUPO	Pagamento Indenização de Sinistro	Data da ocorrência 29/08/2004
---------------------------------	--------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Sinistrado
GISELE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

Nome do Estipulante
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Corretor
VERTCON ADM CORR DE SEGS DE VIDA

DADOS DO CHEQUE

Banco 237-BRADESCO	Agência 3114	Nº do cheque 0001309	Data de Emissão 16/11/2004
-----------------------	-----------------	-------------------------	-------------------------------

Valor do cheque
R\$ 2.000,00 (dois mil reais)

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário
GISELE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

RG Nº	Data Expedição	Órgão Emissor
-------	----------------	---------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

PAGAMENTO COMPLEMENTAR DAS 60 DIARIAS.

DECLARAÇÃO

Recebi da Santos Seguradora S.A., a importância mencionada acima, referente a liquidação total / parcial de Indenização de Sinistro do segurado acima citado. Com este recibo, dou plena, total, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação do valor ora recebido da Santos Seguradora S.A., para nada mais reclamar com relação a este sinistro, quer em juízo ou fora dele, em qualquer época.

Local e Data Gislene Guagliotto 31.01.100-X Assinatura

OBS: Devolver protocolado pelo(a) beneficiário(a)

SANTOS SEGUROS

Sator

Nº do Sinistro 1009300013955	Nº da Apólice 1009300000086	Ramo VIDA EM GRUPO	Pagamento Indenização de Sinistro	Data da ocorrência 29/08/2004
---------------------------------	--------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Sinistrado
GISELE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

Nome do Estipulante
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Corretor
VERTCON ADM CORR DE SEGS DE VIDA

DADOS DO CHEQUE

Banco 237-BRADESCO	Agência 3114	Nº do cheque 0001309	Data de Emissão 16/11/2004
-----------------------	-----------------	-------------------------	-------------------------------

Valor do cheque
R\$ 2.000,00 (dois mil reais)

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário
GISELE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

RG Nº _____ Data Expedição _____

Orgão Emissor

OUTRAS INFORMAÇÕES

PAGAMENTO COMPLEMENTAR DAS 60 DIARIAS.

018 | 237 | 3114 | 314 | 763 | DOIS MIL REAIS | 2.000,00

Conta Nº 16164046 | Série 203 | Cheque Nº 001309 | 9

GISELE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

SANTOS SEGURADORA S/A
CNPJ 069412997000193
CONTA DESDE 09/1995

Dezembro de 2004

NACIONAL - USUÁRIO DEPOSITO SOMENTE EM REDES
CONTA CORRENTE DO CAVALO 026

Assinatura _____

Recebi da Sa
Sinistro do se
recebido da Sa
época.

Local e Data

OBS: Devolver protoco

Av. Paulista, 1842

Plaza - Torre Norte - CER: 01310-200 - SP - Fone: 11 3269-6000 - Fax: 11 3269-6070

total / parcial de Indenização de
vel e irretroatável quitação do valor ora
astro, quer em juízo ou fora dele, em qualquer

Nº do Sinistro 1009300013955	Nº da Apólice 1009300000086	Ramo VIDA EM GRUPO	Pagamento Indenização de Sinistro	Data da ocorrência 29/08/2004
Sinistrado GISLENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO				
Nome do Estipulante PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO				
Corretor VERTCON ADM CORR DE SEGS DE VIDA				
DADOS DO CHEQUE				
Banco 702-BANCO SANTOS	Agência 0001	Nº do cheque 0076489	Data de Emissão 08/11/2004	
Valor do cheque R\$ 2.000,00 (dois mil reais)				
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
Nome do Beneficiário GISLENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO				
RG Nº 34.018.100-X	Data Expedição	Órgão Emissor		
OUTRAS INFORMAÇÕES				
PAGAMENTO DE 60 DIARIAS - TOTAL.				
DECLARAÇÃO				
Recebi da Santos Seguradora S.A., a importância mencionada acima, referente a liquidação total / parcial de Indenização de Sinistro do segurado acima citado. Com este recibo, dou plena, total, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação do valor ora recebido da Santos Seguradora S.A., para nada mais reclamar com relação a este sinistro, quer em juízo ou fora dele, em qualquer época.				
Local e Data	Assinatura <i>Gislene Guagliotto</i>			

OBS: Devolver protocolado pelo(a) beneficiário(a)

Av. Paulista, 967 - 1º Andar - CEP: 01311-100 - SP - Fone: 11 3269-6300 - Fax: 11 3269-6370



VERTCON
Seguros

São Paulo, 28 de Outubro de 2004

SANTOS SEGUROS

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

REF.SIN.: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO SUB-51.382
GISLENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO (COMPLEMENTO)

29 OUT 16 11 2004 270286

SANTOS SEGURADORA S/A

SISTOK

Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

- > Solicitação de Pericia Medica ;
- > Demonstrativo de Pagamento do mês 08/2004;
- > RG e CPF,

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

Atenciosamente,

VERTCON ADM. E CORRET. DE SEGUROS
JOSÉ RODRIGUES BRANDÃO

Problema zero



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Santos

SPM Nº

294/04

EX-OFFÍCIO

SENHA

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (OBRIGATORIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

1 - NOME Giulene Alessandra dos Santos Quagliotto

2 - REGISTRO FUNCIONAL 732 900800 3 - DATA DE NASCIMENTO 30/07/79 4 - COR branca 5 - SEXO Fem 6 - ESTADO CIVIL casada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL Rua Boris Mermes, 190 Alto do Meca 8 - TELEFONE 6121 1822

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO GMF 732 004.3 10 - CATEGORIA FUNCIONAL efetivo 11 - DATA DE INÍCIO NA PMS 25/03/03

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO Imposição do Parque Ibirapuera 13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO 33 200536 14 - TELEFONE 5543 1325

15 - LICENÇA MÉDICA INICIAL PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 05/10/04 25-14/10/04 - 10 dias

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE

GRAU DE PARENTESCO

15/10/04

DATA

Giulene Quagliotto

ASSINATURA DO SERVIDOR

Marcos Batista Daltro

CARIMBO E ASSINATURA DA UNIDADE

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO? SIM NÃO

2 - PARECER CONCLUSIVO CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 34 DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS: 15/10 e 17/11/04

4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO

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 À GESTANTE - ARTIGO 148

LICENÇA COMPULSÓRIA - ARTIGO 157

LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE _____ C.A.P. Nº _____ ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM DOM

CID: _____ CRM: 18521

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 _____

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

ATENÇÃO

⇒ APRESENTE-SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM UM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.

⇒ TRATANDO-SÊ DE DEPENDENTE, APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE PARENTESCO.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO

CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE

DATA

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO
 C.G.C. 46.392.130/0003-80

REFERENCIA: 08/04
 DEMONSTRATIVO: 26.592-6

REGISTRO FUNCIONAL: 732900.8.00

NOME: GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

CARGO/FUNÇÃO: GCM - 3
 CLASSE - FEM: 732.007.8
 PADRÃO: GC01A

BANCO: BRASIL
 AGENCIA: 0018
 CONTA: 000057929
 COD. ENDEREÇAMENTO: 33.20.053

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMINAÇÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESCONTOS
6109	SANTOS SEGURADORA S/A SEGURO DE VIDA EM GRUPO	1	30,00	30,00

TOTAL	4.293,19	3.935,68
-------	----------	----------

RECEBOS

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

- 0 - PAGAMENTO NO MÊS
- 1 - PAGAMENTO ANTERIORES
- 2 - PAGAMENTO ANTERIORES
- 3 - DESCONTO DO MÊS
- 4 - DESCONTO DO MÊS
- 5 - DESCONTO DO MÊS
- 6 - DESCONTO DO MÊS
- 7 - DESCONTO DE MÊSES ANTERIORES
- 8 - DESCONTO DE MÊSES ANTERIORES
- 9 - DESCONTO DE MÊSES ANTERIORES



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO
 C.G.C. 46.392.130/0003-80

REFERENCIA: 08/04
 DEMONSTRATIVO: 26.592-6

REGISTRO FUNCIONAL: 732900.8.00

NOME: GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

CATEGORIA: EFETIVO
 CARGO/FUNÇÃO: GCM - 3
 CLASSE - FEM: 732.007.8
 PADRÃO: GC01A

TIPO DE PESSOAL: EFETIVO
 BANCO: BRASIL
 AGENCIA: 0018
 CONTA: 000057929
 COD. ENDEREÇAMENTO: 33.20.053

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMINAÇÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESCONTOS
0002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	30	521,83	
0002	GRAT.REGIME ESP. TRAB. POLICIAL	30	260,91	
0002	AUXILIO-REFEICAO	22	191,40	
0145	AUXILIO TRANSPORTE	15	108,00	
1002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	180	3.130,83	
1008	ATUALIZ. MONET. DEC. 3/1979	1	1,92	
1143	AUXILIO-REFEICAO	9	78,30	
3026	CONTRIB. AUXILIO TRANSPORTE	15	31,80	
4008	ATUALIZ. MONET. - DEBITO	0	0,00	
4028	CONTRIB. AUXILIO TRANSPORTE	15	74,40	
5002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	180	1.880,91	
5032	GRAT.REGIME ESP. TRAB. POLICIAL	0	1.080,41	
5143	AUXILIO-REFEICAO	2	17,41	
6013	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM	0	35,00	
7013	04-CONTRIBUICAO	0	8,71	
8015	HOSP. SERVIDOR PUBLICO MUNIC.	0	15,00	
7015	05-CONTRIBUICAO	0	87,22	
6021	BANCO B.M.G. S/A EMPRESTIMO PESSOAL	0	112,00	

TOTAL		
-------	--	--

RECEBOS

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

- 0 - PAGAMENTO NO MÊS
- 1 - PAGAMENTO ANTERIORES
- 2 - PAGAMENTO ANTERIORES
- 3 - DESCONTO DO MÊS
- 4 - DESCONTO DO MÊS
- 5 - DESCONTO DO MÊS
- 6 - DESCONTO DO MÊS
- 7 - DESCONTO DE MÊSES ANTERIORES
- 8 - DESCONTO DE MÊSES ANTERIORES
- 9 - DESCONTO DE MÊSES ANTERIORES

10-100-X DATA DE EXPEDICAO 03/ABR/2003

Nome: GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS
 GUAGLIOTTO
 RUAENS LOURENCO DOS SANTOS

E: MARILDE ALMEIDA

NATURALIDADE: SAO PAULO - SP DATA DE NASCIMENTO: 30/JUL/1979

DOC. ORIGEM: SAO PAULO SP ALTO DA MOCCA
 CP 1 V. 8060/FLS. 0106/N. 004680

6349078/02

17 Delegado Divisório
 SAO PAULO - SP

LEI N. 7.116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR: *Giselle A.S. Guagliotto*

POLEGAR DIRETO

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RICARDO GUMBERTON DAUNTT
 SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
 ESTADO DE SAO PAULO

8000-2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDO EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

27634928-00

30/07/79

GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS

CNPJ - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

MINISTERIO DA FAZENDA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Jantes

SPM Nº

294/04

EX-OFFÍCIO

SENHA

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (OBRIGATORIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

1 - NOME

Gislene Alessandra dos Santos Quagliotto

2 - REGISTRO FUNCIONAL

732 900 800

3 - DATA DE NASCIMENTO

30/07/1979

4 - COR

branca

5 - SEXO

Fem

6 - ESTADO CIVIL

casada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Boris Mermes, 130 Alto do Moinho

8 - TELEFONE

6121 1822

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO

GCUE 732 004.3

10 - CATEGORIA FUNCIONAL

efetivo

11 - DATA DE INÍCIO NA PMS

25/03/03

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO

Impasse do Parque Ibirapuera

13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO

33 200536

14 - TELEFONE

5543 1325

15 - LICENÇA MÉDICA

INICIAL

PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS

05/10/04 25-14/10/04 - 10 dias

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR

A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE

GRAU DE PARENTESCO

15/10/04

Gislene Quagliotto

Marcos Roberto D'Almeida

DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

CARIMBO E ASSINATURA DA PERITA

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?

SIM NÃO

2 - PARECER CONCLUSIVO

CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA

FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 34 DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA

DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS:

15/10 e 17/10/04

4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO

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 À GESTANTE ARTIGO 148

LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157

LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL, REFERENTE AO ACIDENTE DE C.A.P. Nº ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM DOM

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

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

ATENÇÃO

APRESENTE-SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM UM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.

TRATANDO-SE DE DEPENDENTE, APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE PARENTESCO.

CHANCELA MÉDICA DO DESAT

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO

CONFIRMADO

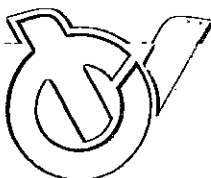
ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE

DATA

CARIMBO E ASSINATURA



VERTCON
Seguros

Sist OK

São Paulo, 20 de Outubro de 2004



SANTOS SEGUROS S.A.

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

REF.SIN.: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
GISLAINE ALESSANDRA DOS SANTOS GRAGLIOTO (COMPLEMENTO)

Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

> Solicitação de Pericia Medica;

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

Atenciosamente,

VERTCON CORRET.ADM.DE SEGUROS
JOSE RODRIGUES BRANDÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

2224/04

SPM Nº

- A PEDIDO
 EX-OFFÍCIO*

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

SENHA

1 - NOME: Giulene Alessandra dos Santos Magalhães

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 732.900.800 3 - DATA DE NASCIMENTO: 30/07/79 4 - COR: _____ 5 - SEXO: F 6 - ESTADO CIVIL: C

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ 8 - TELEFONE: _____

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: 732.004.3 10 - CATEGORIA FUNCIONAL: _____ 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSB: _____

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: IR - Ibirapuera 13 - CÓDIGO DE ENDERECEAMENTO: 3320053 14 - TELEFONE: _____

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: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

DATA: 05/10/04

ASSINATURA DO SERVIDOR _____ 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 À CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 10 DIAS DE LICENÇA
(= 07 =)

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA
 DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS:
05-10-04 até 14-10-04

4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO

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 À GESTANTE ARTIGO 148
 LICENÇA COMPULSORIA ARTIGO 157
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL, REFERENTE AO ACIDENTE DE _____ C.A.P. Nº _____ ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM DOM
 CID: 178+530 DATA: 05/10/04
 CRM: 36977 CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO _____

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: _____

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 _____

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

ATENÇÃO
 ⇨ APRESENTE-SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM UM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.
 ⇨ TRATANDO-SE DE DEPENDENTE, APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE PARENTESCO.

JUSTIFICATIVA DO PARECER:
 _____ (_____) DIAS A PARTIR DE _____
 DATA: _____ CARIMBO E ASSINATURA: _____

* VIA - DESAT 2ª VIA - UNIDADE DO SERVIDOR

DR. RAJAN...
 CARIMBO
 51.172

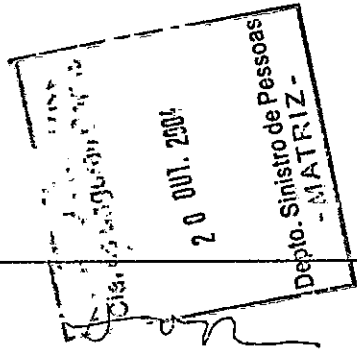
D - RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

NOME DO EXAMINADO / CARGO/FUNÇÃO: Alexsandra Santos Paçoloto IDADE: 45

REGISTRO FUNCIONAL: _____ REGISTRO GERAL: _____

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

BCu Com AT: 29/08/04 por
 fraca dor no braço direito e
 eletro. Nota com dor
 fazendo uso de Analgésico.



E - EXAME FÍSICO

Acima do braço
paralísia para nenhuma função

F - EXAMES COMPLEMENTARES/RELATÓRIOS MÉDICOS

tel com .54861 na ultra son (USP)

G - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

tel - Dor braço direito por trauma

05/10/04

JR. TRAJANS RIBEIRO FILHO
 CREA 24.170 2-SP 01270

DATA: _____ CAR. MBO E ASSINATURA DO PERITO

Liguei no dia 22/10 deixei
recado na secretaria:
OK avisada 25/10

São Paulo, 15 de outubro de 2004

À
VERTCON SEGUROS

Ref.: Sinistro D.I.T. - 1009300013955

Segurado – Gislene Alessandra dos Santos Guagliotto

Estipulante – Prefeitura Municipal de São Paulo

Apólice n.º 1009300000086 - 01

Acusamos o recebimento dos documentos referentes ao processo em questão, para a regulação do mesmo necessitamos do envio dos documentos abaixo relacionados:

- RG/CPF da sinistrada, apesar de ter sido relacionado na correspondência não foi enviado;
- Hollerith do mês 08/2004.

Sendo o que tínhamos para o momento, ficamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,



SANTOS SEGURADORA S/A
DEPARTAMENTO DE SINISTRO PESSOAS

São Paulo, 20 de Setembro de 2004

SANTOS SEGUROS S.A.

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

REF.SIN.:PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
GISLENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO (D.LT)

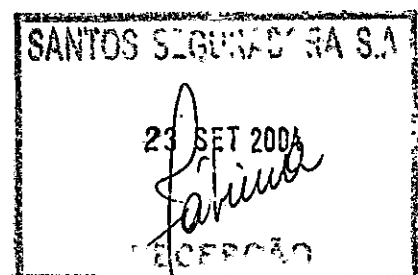
Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

- Solicitação de Perícia Médica (Xerox)(03 Folhas);
- Aviso de Sinistro;
- Comprovante de Residência (Xerox).
- RG e CPF(Xerox);
- Demonstrativo de Pagamento (Xerox);
- Receita Medica (Xerox);
- Comunicação de Acidente de Trabalho (Xerox);

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

Atenciosamente


VERTCON ADM. E CORRET. DE SEGUROS
JOSÉ RODRIGUES BRANDÃO



SÃO PAULO

R. Cons. Crispiniano, 139 - Sala 101 - 10º Andar - Centro - Cep: 01037-001 - Central Telefônica / TeleFax: (11) 3219 100
e-mail: vertcon@uol.com.br



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº 261/PI/04

A PEDIDO
 EX-OFFÍCIO

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (OBRIGATORIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

1 - NOME: GISELENE ALESSANDRA DOS GUARALOTO

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 732.900.880 3 - DATA DE NASCIMENTO: 30/17/79 4 - COR: PARDA 5 - SEXO: FEMININO 6 - ESTADO CIVIL: CASADA

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA BOZIS MEICHES 190 MOOCA 8 - TELEFONE: 62211822

9 - CODIGO DO CARGO/FUNÇÃO: GCMF 732 004.3 10 - CATEGORIA FUNCIONAL: EFEITIVO 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP: 25/04/03

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: INSP. DO IBIRAPUERA 13 - CODIGO DE ENDEREÇAMENTO: 3320.053.6 14 - TELEFONE: 55731329

15 - LICENÇA MÉDICA: INICIAL PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS: 01/9/04 A 14/9/04 14 DIAS

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE _____

GRAU DE PARENTESCO _____

15/9/04
DATA

Gislene Guagliotto
ASSINATURA DO SERVIDOR

Vanderley Melo Brito Junior
Armedo

DE: 015 771 801
CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTA O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?
 SIM NÃO

2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA 20
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 15 DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA
 DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS
ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS: 315-09-04
15/09/04 a 04/10/04

4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO 2004

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 À GESTANTE ARTIGO 148
 LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL, REFERENTE AO ACIDENTE DE _____
C.A.P. Nº _____
ARTIGO 160
15/09/04

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM DOM _____
CID 36471
CRM _____
DATA _____
CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

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

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

ATENÇÃO

⇒ APRESENTE-SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM UM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.

⇒ TRATANDO-SE DE DEPENDENTE, APRESENTE DOCUMENTO COMPROVANDO

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

_____ DIAS A PARTIR DE _____

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PROTOCOLO DESAT

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

nº 031/PI/04

A- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO			RF: 732.900.800		
CARGO OU FUNÇÃO			PADRÃO -REFERÊNCIA		IDENTIDADE (RG)
GUARDA CIVIL METROPOLITANO 3ª CLASSE			QGC-3A		34.018.100-X
CATEGORIA FUNCIONAL	CÓD ENDEREÇAMENTO	HORÁRIO DE TRABALHO	SEXO	EST. CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
EFETIVO	33.20.053-6	07/19	FEM	CASADA	30.07.79

END: R: BORIS MEICHES, 190

CIDADE: SÃO PAULO UF: SP CEP: 03189-080 TEL: 6121-1822

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 (011 5573-1329

C- INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

LOCAL: R: Benjamin Constant	BOLETIM DE OCORRÊNCIA
CIDADE: SÃO PAULO	UF: SP CEP: 01005-000 B.O. Nº
DATA DO ACIDENTE: / 29.08.04 HORA: 05:20	DIA DA SEMANA: DOMINGO .
OCUPAÇÃO HABITUAL: GCM	OCUPAÇÃO NA HORA DO ACIDENTE: GCM

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE:

Em deslocamento ao serviço, durante a viagem dentro do ônibus coletivo, a acidentada se desequilibrou batendo com as costas no ferro do ônibus.

PARTES DO CORPO ATINGIDAS:

As Costas



Testemunhas

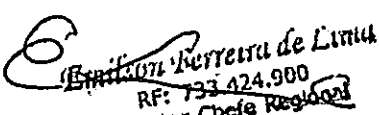
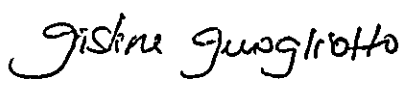
1ª) NÃO HA TESTEMUNHAS	TEL:	RG:
END:	ASSINATURA	
CIDADE: CEP: UF:	ASSINATURA	
2ª)	TEL:	RG
END:	ASSINATURA	
CIDADE: CEP UF:	ASSINATURA	

D- INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA

INÍCIO DA DOENÇA: 29/08/04

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DA DOENÇA:

 Nome/RF e Assinatura do Chefe Imediato RF: 733.424.900 Inspeção	DATA DA EMISSÃO 31.08.04	 Nome/Assinatura do Servidor ou Preposto
--	-----------------------------	---

Alexandra Santos Guagliotto

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

G.C. com A.T.: 29108604 por
manha em região dorsal e
parbam as "braten" as costas nos
"peris" so ambas as pos "anunciada"
de vaculo. Fazendo uso de
Ustarem.

E - EXAME FÍSICO

As 2x... macha claudicante...
de a... - Dor a palpau...
ou...
...
... - ...

F - EXAMES COMPLEMENTARES/RELATÓRIOS MÉDICOS

Rx toraco...
... de ... de ...

G - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

AD: Dorso lombalgia por
manha

2.60904

JR. TRAJANO ZIBEIRO FILHO
R.S. 16.470 - RR 571.773



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº 245/1010

A PEDIDO
 EX-OFFÍCIO

SENHA

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

1 - NOME Osilene Alessandra dos Santos Quagliotto

2 - REGISTRO FUNCIONAL 733.900.800 3 - DATA DE NASCIMENTO 30.10.79 4 - COR Parda 5 - SEXO Feminino 6 - ESTADO CIVIL Casada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL Rua Boiv. Melchior 190 mooca 8 - TELEFONE 0121-1452

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO Scmf/733.004.3 10 - CATEGORIA FUNCIONAL col. 1º 11 - DATA DE INÍCIO NA PMS 25.04.03

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO Inspetoria do Parque Biológico 13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO 23.20.053.6 14 - TELEFONE 5543-1329

15 - LICENÇA MÉDICA
 INICIAL PRORROGAÇÃO
16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 29.01.04 a 31.08.04 03 dias

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE _____ GRAU DE PARENTESCO _____

DATA 01/09/04 ASSINATURA DO SERVIDOR Osilene Quagliotto CARIMBO Emerson Corrêa de Lima
Inspetor Chefe Regional

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?
 SIM NÃO

2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 14 DIAS DE LICENÇA
(QUATORZE)

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA
 DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS
ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS: 01090114-0904

4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO
/ /

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 À GESTANTE - ARTIGO 148
 LICENÇA COMPULSÓRIA - ARTIGO 157
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE _____
C.A.P. Nº _____
ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM DOM _____
CID _____
CRM/SP 7647 DATA 01/09/04
CARIMBO DO PERITO Emerson Corrêa de Lima
PÉREIRO FILHO

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 _____

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

⇨ APRESENTE-SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM UM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.

⇨ TRATANDO-SE DE DEPENDENTE, APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE PARENTESCO.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

(_____) DIAS A PARTIR DE _____
DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA _____

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº
 A PEDIDO
 EX-OFFICIO
RH Nº n/t

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (Obrigatório preenchimento de todos os itens)

NOME GISLENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO R1				HSPM -	PST
RF 732.900.8.00	DATA DE NASCIMENTO 30/07/79	COR	SEXO FEMININO	ESTADO CIVIL CASADO	
ENDEREÇO RESIDENCIAL RUA BORIS MEICHES, 190 MOOCA				TELEFONE 6121.1822	
CÓD. DO CARGO/FUNÇÃO GCM F 732.004.3	CATEGORIA FUNCIONAL EFETIVO		DATA INICIO NA PMSF 25.04.03		
UNIDADE DE LOTAÇÃO IR/IBIRAPUERA		CÓD. DE ENDEREÇAMENTO 3320053	TELEFONE 5573.1329		

LICENÇA MÉDICA

INICIAL PRORROGAÇÃO

ULTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDO
28/01/04 - 5DIAS

ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR AO DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE *Acidente de Trabalho* GRAU DE PARENTESCO _____

30/08/04 DATA ASSINATURA DO SERVIDOR CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

QUESITOS A CARGO DO MEDICO PERITO

<p>ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>PARECER CONCLUSIVO:</p> <p><input type="checkbox"/> CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL A CONCESSÃO DE <u>03</u> DIAS DE LICENÇA</p> <p>LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA:</p> <p><input type="checkbox"/> DESAT <input checked="" type="checkbox"/> HSPM <input type="checkbox"/> DOMICILIAR <input type="checkbox"/> OUTROS</p> <p>ENDEREÇO COM REFERÊNCIA:</p> <p>LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR A DATA DE INTERNAÇÃO DATA <u> / / </u></p>	<p>ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79</p> <p><input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR - ARTIGO 143</p> <p><input type="checkbox"/> LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA - ARTIGO 146</p> <p><input type="checkbox"/> LICENÇA GESTANTE - ARTIGO 148</p> <p><input type="checkbox"/> LICENÇA COMPULSÓRIA - ARTIGO 157</p> <p><input type="checkbox"/> LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE <u> / / </u> CAP N° <u> / / </u> ARTIGO 160</p> <p><i>DRª MONICA MARKA</i> CRM 49.215 Médico</p> <p>CARIMBO DO MEDICO PERITO</p>
--	---

<p>ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M.</p> <p>CID _____</p> <p>CRM <u>09215</u></p>	<p>RECONSIDERAÇÃO</p> <p>AÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE:</p> <p><input type="checkbox"/> A LICENÇA FOI MANTIDA</p> <p><input type="checkbox"/> A LICENÇA FOI ALTERADA PARA _____ DIAS A CONTAR DE <u> / / </u> ARTIGO _____</p> <p><u> / / </u> DATA</p>	<p>RECURSO</p> <p>AÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE:</p> <p><input type="checkbox"/> A LICENÇA FOI MANTIDA</p> <p><input type="checkbox"/> A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA _____ DIAS A CONTAR DE <u> / / </u> ARTIGO _____</p> <p><u> / / </u> DATA</p>
--	--	--

CARIMBO DO MEDICO PERITO CARIMBO DO MEDICO PERITO CARIMBO DO MEDICO PERITO CARIMBO DO MEDICO PERITO

<p>ATENÇÃO I</p> <p>TRATANDO-SE DE DEPENDENTE APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE PARENTESCO</p>	<p>REVISÃO/RETIFICAÇÃO</p> <p><u>03, TRES</u>) DIAS A PARTIR DE <u>28/08/04</u></p>	<p>CONFIRMADO</p>	<p>ALTERADO</p>
	<p>DATA</p> <p><u> / / </u></p>	<p>CARIMBO E ASSINATURA</p> <p><i>DRª MONICA MARKA</i> CRM 49.215 Médico</p>	
	<p>JUSTIFICATIVA DO PARECER</p>		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

PROTOCOLO DESAT

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

nº 031/PI/04

A- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

RF: 732.900.800

CARGO OU FUNÇÃO

PADRÃO - REFERÊNCIA

IDENTIDADE (RG)

GUARDA CIVIL METROPOLITANO 3ª CLASSE

QGC- 3A

34.018.100-X

CATEGORIA FUNCIONAL

CÓD ENDEREÇAMENTO

HORÁRIO DE TRABALHO

SEXO

EST. CIVIL

DATA DE NASCIMENTO

EFETIVO

33.20.053-5

07/19

FEM

CASADA

30.07.79

END: R: BORIS MEICHES, 190

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 03189-080

TEL: 6121-1822

B- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE LOTÇÃO

SECRETARIA: MUNICIPAL DE SEGURANÇA URBANA

DEPTO:

GUARDA CIVIL METROPOLITANA

DIVISÃO: INSPETORIA DO PARQUE IBIRAPUERA

SEÇÃO:

END: AV. PEDRO ALVARES CABRAL S/Nº

TEL (011) 5573-1329

C- INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

LOCAL: R: Benjamin Constant

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 01005-000

B.O. N°

DATA DO ACIDENTE: / 29.08.04 HORA: 05:20

DIA DA SEMANA: DOMINGO

DISTRITO N°

OCUPAÇÃO HABITUAL: GCM

OCUPAÇÃO NA HORA DO ACIDENTE: GCM

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE:

Em deslocamento ao serviço, durante a viagem dentro do ônibus coletivo, a acidentada se desequilibrou batendo com as costas no ferro do ônibus.

PARTES DO CORPO ATINGIDAS:

As Costas



Testemunhas

1ª) NÃO HA TESTEMUNHAS

TEL:

RG:

END:

CEP:

UF:

ASSINATURA

2ª)

TEL:

RG

END:

N°

CIDADE:

CEP

UF:

ASSINATURA

D- INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA

INICIO DA DOENÇA: / /

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DA DOENÇA:

Emilson Ferreira de Lima
RF: 733.424.900
Inspector Chefe Regional

DATA DA EMISSÃO

Gislene Guagliotto

NOME/RF E ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO

31.08.04

NOME/ASSINATURA DO SERVIDOR OU PREPOSTO

SANTOS SEGUROS

AVISO DE SINISTRO

VIDA EM GRUPO e ACIDENTES PESSOAIS

ESTIPULANTE

Prefeitura do Município de São Paulo

APÓLICE

DECLARAÇÃO DO INTERESSADO

NOME DO SEGURADO

Giuliana Alessandra dos Santos Guagliotto

N.º DO CERTIFICADO

DATA DO SINISTRO

29/08/04

HORA DO SINISTRO

LOCAL DO SINISTRO

DATA DE ADMISSÃO NO EMPREGO

/ /

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO

/ /

ÚLTIMO SALÁRIO DO SEGURADO

ESTAVA O SEGURADO AFASTADO DO TRABALHO?

SIM NÃO

DESDE QUANDO?

/ /

MOTIVO

ESTAVA O SEGURADO APOSENTADO?

SIM NÃO

DESDE QUANDO?

/ /

MOTIVO

TEM O SEGURADO SEGUROS EM OUTRAS SEGURADORAS? QUAIS?

NOME DO MÉDICO ASSISTENTE ANTES DO SINISTRO

CRM

NOME DO MÉDICO ASSISTENTE APÓS O SINISTRO

CRM

SÓ PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PROVIDÊNCIAS TOMADAS IMEDIATAMENTE APÓS A SUA OCORRÊNCIA

Conforme CAT

HOUVE INTERVENÇÃO POLICIAL?

SIM NÃO

HOUVE INQUERITO POLICIAL?

SIM NÃO

DECLARAMOS QUE SÃO VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA

RECEBIMENTO DA CÔMPANHIA

DATA

20/09/04

ASSINATURA

Giuliana Guagliotto

tel: 6965 8892

Endereço para devolução:

RUA SAO BENTO, 483 -01011100-SAO PAULO

-SP

Mudou-se

Recusado

Falecido

REINTEGRADO AO Serviço Postal etc

Desconhecido

Ausante

Endereço insuficiente

Informação do portador/Sindico

Não existe o nº indicado

Não procurado

Responsável

BANCO DO BRASIL

AG. SAO PAULO

FRANQUEADO

CONT / ECT 8996/98

DR / BSB /:

DATA 24.08.2004

0001

<http://www.bancobrasil.com.br> - BB Responde 0800-785678

BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BR
L BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO B
IL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO
SIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO
ASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO D
RASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO
BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO

GISLENE ALESSANDRA DOS SANTOS
R BORIS MEICHES 190
ALTO DA MOCCA
03189-080 SAO PAULO

BANCO DO BRASIL BANCO DO BRAS
BANCO DO BRASIL BANCO DO BRA
L BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
IL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO
SIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO
ASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO D
RASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO
BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO
O BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANC
DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BAN
O DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BA
CO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL B
NCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
ANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL
BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASI
L BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRAS
IL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRA
SIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO B
ASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO
RASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO BRASIL BANCO DO



HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

RECEITA

Nome	R.H.
Responsável:	R.F.:
Clinica:	VALOR
	Unitario Total

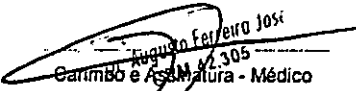
DO DEBANT

Sistema de oxigenação de fonte
Suepilotto, com
6 centos litros, por dia
de 8 hrs de uso
soluções a fornecidas 8309

DO HSPM

Data

Visto de Autorização: 210807


 Augusto Ferreira José
 Carimbo e Assinatura - Médico

C.R.	934200	Data movimento	Origem
01			
F.	Tipo	TOTAL	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO
 C.G.C. 46.392.130/0003-80

DEMONSTRATIVO
 26.592-6

REFERÊNCIA
 09/04

NOME
 GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

REGISTRO NACIONAL
 732900.8.00

CATEGORIA
 EFETIVO

PLANO
 GC01A

CARGO/FUNÇÃO
 GCM - 3 CLASSE - FEM

VALOR
 732.007,8

TIPO DE PESSOAL
 EFETIVO

COD. ENDESAFAMENTO
 33.20.053

RESTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMINAÇÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	VERBICENTOS	DESCONTOS
6109	SANTOS SEGURADORA S/A SEGURO DE VIDA EM GRUPO	0		30,00

TOTAL	4.293,19	3.335,68
DEBITO A FAVOR		957,51

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

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 34.018-100-X DATA DE EXPEDIÇÃO 03/ABR/2003

NOME GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO

FILIAÇÃO RURENS LOURENCO DOS SANTOS

E. MARILDE ALMEIDA

NATURALIDADE S. PAULO - SP DATA DE NASCIMENTO 30/JUL/1979

DOC. ORIGEM SAO PAULO SP ALTO DA MOCCA

CPF 016349028-02

17 Delegado Divisório

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL DA TERCERA SSP SP

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUN

ASSINATURA DO TITULAR *Gislene A.S. Guagliotto*

POLEGAR DIREITO

8000-2

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Sociedade da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS

Nome inscrito

30/07/79

276349028-02

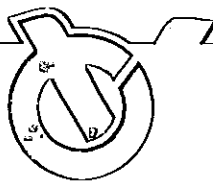
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emittido em

Gislene Alessandrade Santos

CPF 016349028-02

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



VERTCON
Seguros

Sinistral

São Paulo, 12 de Novembro de 2004

SANTOS SEGUROS

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

REF.SIN.: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO SUB-51.382
GISLENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTO (COMPLEMENTO)

18 NOV 12:31 2004 270668

SANTOS SEGURADORA S/A

Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

- > Cartão Proposta Individual;
- > Recibo de Quitação no Valor de R\$2.000,00;

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

Atenciosamente,

VERTCON ADM. E CORRET. DE SEGUROS
JOSÉ RODRIGUES BRANDÃO

Processo SUSEP - Ramo Vida em Grupo: 001-00030/94 - Ramo Acidentes Pessoais: 001-00031/94 - Nº 4995

Conveniado: **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO** CNPJ: **46.392.080-0001-79** Apólice: _____

Nome do Segurado (Evitar Abreviações): **GISELENE ALESSANDRA DOS SANTOS GUAGLIOTTO** Data de Nascimento: **30.07.77** Idade: _____

Sexo: **FEM.** CPF: **276.349.068-02** RG: **5.018.100-X** Ramo de Atividade: _____

Cônjuge: **EZEZELON ANTONIO GUAGLIOTTO** Data de Nascimento: **25.07.73** Idade: _____

Endereço: **R. BORIS MERCHES** Nº 90 Complemento: _____

Bairro: **MOOCA** Cidade: **S.P.** CEP: **02129-080** Telefone: **97376987**

Nome da Unidade: **BIZAZUERA** RE: **7329002-00** Assessoria: **MARCELO FANIN**

IMPORTÂNCIAS SEGURADAS VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO	Segurado		Cônjuge	
	Titular			
		20.000	40.000	20.000
		10.000	20.000	

Declaração Pessoal de Saúde - Leia com atenção e responda por extenso "SIM" ou "NÃO"

	Titular	Cônjuge
1) Encontra-se atualmente em plena atividade de Trabalho?	SIM	SIM
2) É portador de alguma moléstia que o obriga a consultar médicos ou fazer exames periodicamente?	NÃO	NÃO
3) Já realizou exames médicos laboratoriais ou outros, para detecção de Aids, Diabetes, Doenças Digestivas, Renais, Hepáticas e Circulatórias?	NÃO	NÃO
4) Faz uso habitual de algum tipo de medicamento?	NÃO	NÃO
5) Já foi submetido(a) a tratamentos especiais como Quimioterapia, Cobaltoterapia, Radioterapia, Etc.?	NÃO	NÃO
6) Apresenta redução de Acuidade Visual e/ou Auditiva?	NÃO	NÃO
7) Tem alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	NÃO	NÃO
8) Já teve alguma proposta de seguro de vida, acidentes pessoais ou de seguro saúde recusada?	NÃO	NÃO
9) Já recebeu indenização de Seguro de Vida e/ou Acidente Pessoal?	NÃO	NÃO
10) Possui Seguro de Vida em outra Companhia?	NÃO	NÃO
11) Já foi submetido a tratamento médico em regime de hospitalar ou à intervenção cirúrgica? Especificar a cirurgia e o período de internação.	NÃO	NÃO
12) É tripulante, profissional ou amador, de qualquer tipo de aeronave, praticante de esportes aéreos ou subaquáticos, piloto automobilístico ou motociclístico de competições, treinos ou provas, pratica algum tipo de esporte que envolva luta corporal (boxe, full-contact jiu-jitsu, karatê, judô, etc.)?	NÃO	NÃO

Declaro para os devidos fins ter prestado informações completas e verdadeiras e estou ciente de que, de conformidade com o artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, "se o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito aos seguros e pagará o prêmio vencido, bem como o custo desde já, expressamente, o departamento médico desta seguradora a obter informações complementares de eventos passados ou futuros, através da realização de perícia e/ou auditoria médica hospitalar.

S.P. 23.08.04

Local e Data

Gislene Quagliotto
Assinatura do Proponente

SANTOSSEGUROS

Autorização para desconto em Folha de Pagamento

DADOS PARA DIGITAÇÃO

1	2	3	4		5	6	7	8	9	10
Cód. Cons.	Folha Número	Ord. Linha	Data: Mês Ano		Tipo de Alteração	SEQ.	Registro Funcional	Cód. Lot.	Tipo Desc.	
		01			X3 Inclusão	010		010	16	
11			Valor da prestação total do mês		12	13		14		
					Mês	Ano		Capital do Empréstimo		Total de Controle
15					16					
Nome do Consignante					Denominação do tipo de Desconto					
SEGURO DE VIDA EM GRUPO										