

Jefferson Costa Brandão

Sustor
Avisado

De: <sinistro.vida@porto-seguro.com.br>
Para: <vertcon@uol.com.br>
Enviada em: terça-feira, 3 de maio de 2005 13:40
Anexar: OP2180962005.24277.tiff
Assunto: Processo número 93-1205-2005-MANOEL LOPES NETO

Finalizado

20 diários

R\$ 666,66

verificado contra virus
*****_*****

Prezado

Corretor,

Informamos que está liberada a indenização referente ao processo supra citado. Porém, o mesmo está condicionado ao envio do termo de quitação (em anexo) devidamente datado e assinado pelo próprio beneficiário.

OBS: Após assinatura do termo de quitação, o

mesmo poderá ser entregue em qualquer regional/sucursal da Porto Seguro.

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG Anti-Virus.

Version: 7.0.308 / Virus Database: 266.11.2 - Release Date: 2/5/2005

TEL. 6951 37 01.
977178 15

EMPRESA	SUC 22	RAMO 93-00	APOLICE 003002008	ITEM	SIN. MATRIZ/ANO 001205/05	VISTORIA /	TP 07	VIA 01
FAVORECIDO MANOEL LOPES NETO				CPF/CNPJ	No. BANCO	No. DA AGENCIA	CONTA CORRENTE	DIG.
VALOR LIQUIDO 533.20		TIPO DE OPERACAO 001-PAGAMENTO SEGURADO			MOVIMENTO		LANCAMENTO	
VALOR BASICO 533.20		JSS 0.00	IR	IR AOC 0.00				
SEGURADO/ESTIPULANTE MANOEL LOPES NETO / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RUB				NOTA FISCAL/FATURA	DATA DE VENCIMENTO 04/05/2005	DATA DA OCORRENCIA 07/03/2005		

INDENIZACAO RELATIVA A
 PERIODO 22.03.05 A 10.04.05 = 20 DIAS X R\$26.66 = 533.20
 BANCO: 0001 AG.: 00584 CONTA: 5662-6

15,00

Valor contor R\$ 666,66

CONDICIONAMENTO

MSGAGEM

Conforme Relacao OP a Regularizar

TERMO DE QUITACAO

Deposito em Conta Corrente

Nos termos da Lei n. 10214, de 27.03.01, estou(amos) plenamente ciente(s) e de acordo que a PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS, providenciara atraves de deposito bancario eletronico, no banco e na conta corrente expressamente acima indicados sob minha (nossa) responsabilidade, a titulo de pagamento dos prejuizos sofridos na data e local supracitados, cujas coberturas decorrem da apolice, sinistro, verbas e riscos, supra descritos.

Outorgo(amos) a aludida Companhia, com o recebimento desta indenizacao, realizado por meio de credito bancario na conta corrente indicada para tal fim, a mais ampla, plena, rasa, geral, irrevogavel e irretroatavel quitacao para nada mais pleitear, a que titulo for, em juizo ou fora dele, nas verbas e eventos que couberem, por danos materiais, corporais, morais, lucros cessantes, perdas e danos, reembolso de despesas, alugueis, honorarios, avarias, reparo, pecas, acessorios, depreciacao, paralizacao, remocao, perdas de receitas, diarias, incapacidade, invalidez, estadias, despesas extras, despesas extraordinarias, impostos, multas, onus, encargos, locacoes, retrovenda, restituicao de premios, bem como quaisquer outras verbas que tenham relacao direta ou indireta com o evento em tela, ficando a Seguradora sub-rogada em todos os direitos e acoes.

Na hipotese de divergencias nos dados acima por mim(nos) fornecidos, tais como, numero do CPF ou CNPJ, dados da conta corrente, do banco ou agencia, o deposito bancario sera recusado, nao se responsabilizando a PORTO SEGURO pela nao efetivacao.

OP/NUMERO 218096/2005	DATA EMISSAO 03/05/2005	LOCAL DEPOS C/C COM CHEQUE	CORRETOR VERTCON ADM CORRETORA DE SEGURO	LI731J
VISTOS DEPARTAMENTO	DIRETORIA	CONTROLE FINANCEIRO	*** VISTO ELETRONICO *** 008877	

LOCAL E DATA

** DEP. C/C ** Seguro de Pessoas - Sinistro Matr: 7224 Hr: 13:40:40

ASSINATURA

VERTCON SEGUROS LTDA.

Arrozado

De: <sinistro.vida@portoseguro.com.br>
Para: <vertcon@uol.com.br>
Enviada em: terça-feira, 26 de abril de 2005 08:50
Anexar: AUTORIZAÇÃO.DOC
Assunto: SIN VG 1205/05 - SEG. MANOEL LOPES NETO

*Deixei recado c/
Luzia dia 26/04*

verificado contra virus
*****_*****

BOM DIA!!

PARA QUE POSSAMOS PROSEGUIR COM A ANÁLISE DO PROCESSO, SOLICITAMOS PROVIDENCIAREM:

- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE;
- HOLLERITH REFERENTE AOS MESES DE FEVEREIRO E MARÇO/2005. *Conta de holerite ;*

ATT,
SINISTRO VIDA *TEL. 6951 37 01 .*

No virus found in this incoming message.
Checked by AVG Anti-Virus.
Version: 7.0.308 / Virus Database: 266.10.3 - Release Date: 25/04/2005

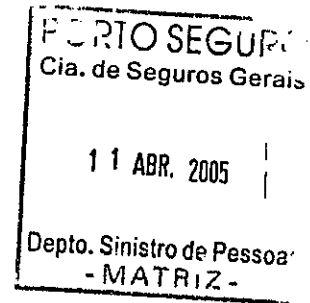


ST OK.

São Paulo, 06 de abril de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Departamento Sinistro Vida



Ref. Sir.: Prefeitura do Município de São Paulo
Manoel Lopes Neto (D.I.T.)

Segue anexo documentos relacionados abaixo para análise do referido sinistro:

- Aviso de sinistro;
- Cópia do recorte do afastamento da prefeitura (03 folhas) ;
- Cópia da perícia médica (03 folhas);
- Cópia do C.A.T.;
- Cópia do atestado médico;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência;
- Cópia do certificado de registro e licenciamento de veículo (estamos enviando para a confirmação do endereço);
- 01 Filme ;

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

Atenciosamente,


VERTCON ADM. E CORRET. DE SEGUROS LTDA
JOSÉ RODRIGUES BRANDÃO

07984

ASELETRODAULO

Vencimento
28 FEV 2005

UF	Cidade	Instalação	Medidor
09	486	07307	39400
			1125062

Conta de Energia Elétrica

LUZIA FERREIRA LORES
RISOLD ABE ANTONIO MEDANHA 13
SAO PAULO



LIGACAO GRATUITA

0800 72 72 196

Emergência 24 horas

0800 72 72 120

Atendimento ao Cliente

0800 72 73 110

Ouvidoria



Comissão de Serviços Públicos de Energia COSEP

Agência Nacional de Energia Elétrica ANEEL

INSTITUTO DA VITALIDADE
 SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL
 COLEÇÃO DE IDENTIDADE Nº 10280986100
 MANOEL LOPES NETO
 19.01.1919

08.10.1919
 23/08/00
 SÃO PAULO - BRASIL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
 COLEÇÃO DE IDENTIDADE Nº 10280986100
 POLEGAR DIREITO
 CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº 10280986100

MANOEL LOPES NETO
 SÃO PAULO - SP
 Nº 10280986100
 19/01/1919
 LUIZ PENETRA LOPES
 SÃO PAULO - SP



HOSPITAL MUNICIPAL
VEREADOR JOSÉ STOROPOLI
VILA MARIA

Fl. 003
SP DABRACI DIAS
- Dist. 3523
54.343.000

A T E S T A D O

Atesto que o Sr. (a) Manoel Lapes Neto
necessita de 05 (CINCO)
dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo
de doença. CID: S60.0

SP 14/03/97

Local e Data
Ass. do Médico ou Odontólogo
(CRM, CRO)

Dr. Adriano N. Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CREMESP 10598

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no
Art. 86 do PGPS, aprovado pelo decreto número 60.501
de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 01 a 15
dias de afastamento do trabalho.

OL
14/3



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

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

PROTOCOLO DESAT

Nº

DATA: / /

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: MANOEL LOPES NETO

RF: 685.682.900

CARGO OU FUNÇÃO:

PADRÃO - REFERÊNCIA

IDENTIDADE (RG)

GCM: 73.200.86 (GCM)

OQC 2B

21.775.341.3

CATEGORIA FUNCIONAL

CÓD. ENDEREÇAMENTO

HORÁRIO DE TRABALHO

SEXO

EST. CIVIL

DATA DE NASCIMENTO

EFETIVO

33.200.52.8

15:00h às 23:00h

MASC.

SOLT.

19/10/73

END. RES.: R. FRANCISCO MIGNORE, 126 - 31 B

Nº ANDAR: / /

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 02144-080

TEL: (11) 6951-3701

B - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO

SECRETARIA: DO GOVERNO MUNICIPAL

DEPTO.: GUARDA CIVIL METROPOLITANA

DIVISÃO: Comando Operacional Sorte

SEÇÃO: IR - MARIA GUILHERME

END.: TRAVESSA SIMIS

Nº 09 TEL: (11) 6221-4353

C - INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

LOCAL: INSPECTORIA MARIA GUILHERME (VESTIÁRIO)

Nº 09

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

CIDADE: SÃO PAULO

UF: SP

CEP: 02049-015

B.O. Nº:

DATA DO ACIDENTE: 07/03/05

HORA: 15:00

DIA DA SEMANA: 2ª FEIRA

DISTRITO Nº:

Ocupação habitual: GCM

Ocupação na hora do acidente: GCM

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: ESTAVA O GCM SENTADO NO BANCO SUECO QUANDO AO MESMO TEMPO ESTAVA EM SEU ARMÁRIO ONDE O BANCO ACABOU INCLINANDO PROJETANDO O GCM PARA FRENTE VINDO O MESMO A CAIR DE JOELHOS. PARA TENTAR SE APOIAR O GCM PROJETOU A MÃO A FRENTE ONDE O CORPO FICOU EM CIMA DA MÃO AFETANDO O UNHO E O DEDO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

PARTES DO CORPO ATINGIDAS

- UNHO
 - POLEGAR
- MÃO DIREITA

TESTEMUNHAS

1º	END.:	TEL: ()	R.G.
	CIDADE:	CEP:	UF:
			ASSINATURA
2º	END.:	TEL: ()	R.G.
	CIDADE:	CEP:	UF:
			ASSINATURA

D - INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA:

- DUREZ
- INCHADO

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DA DOENÇA:

INÍCIO DA DOENÇA: / /

Isana Rogueira de Lima
 Isana Rogueira de Lima
 RF: 733.422.200
 Inspetora

DATA DA EMISSÃO

22/03/05

NOME/ASSINATURA DO SERVIDOR OU PREPOSTO:

1ª VIA (BANCA) - DESAT 2ª VIA (AMARELA) - SSPM 3ª VIA (ROSA) - DRH 4ª VIA (AZUL) - UNIDADE DE LOTAÇÃO 5ª VIA (VERDE) - SERVIDOR 6ª VIA (AZUL) - BANCADOR/ENTIDADE DE CLASSE





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº

- A PEDIDO
 EX-OFFÍCIO

RH Nº 500.530

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (Obrigatório preenchimento de todos os itens)

NOME MANOEL LOPES NETO R2

HSPM - PSY ORTOP

RF 685.682.9.00 DATA DE NASCIMENTO 19/1/1973 COR SEXO MASCULINO ESTADO CIVIL SOLTEIRO

ENDEREÇO RESIDENCIAL RUA SOLDADO ABEL ANTONIO MEDANHA, 13 PQUE NOVO MUNDO TELEFONE 6951.3701

CÓD. DO CARGO/FUNÇÃO GCM 2 CLAS. M 732.010.8 CATEGORIA FUNCIONAL EFETIVO DATA INICIO NA PMSP 06.08.98

UNIDADE DE LOTAÇÃO IR/MG CÓD. DE ENDEREÇAMENTO 3320052 TELEFONE 6221.4353

LICENÇA MÉDICA INICIAL PRORROGAÇÃO ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDO

ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR AO DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE ACIDENTE DE TRABALHO GRAU DE PARENTESCO

18/3/2005

DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

QUESTITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?

SIM NÃO

PARECER CONCLUSIVO:

CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA

FAVORÁVEL A CONCESSÃO DE cinco dias de licença

LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA:

DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIA

LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR A DATA DE INTERNAÇÃO

DATA

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M.

CID: CRM: Carla

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 148

LICENÇA GESTANTE - ARTIGO 148

LICENÇA COMPULSÓRIA - ARTIGO 157

LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA PROFÍSSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE TRABALHO - ARTIGO 160

DATA 18/3/05 CARIMBO DO MÉDICO PERITO

RECONSIDERAÇÃO

APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE:

A LICENÇA FOI MANTIDA

A LICENÇA 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

REVISÃO/RETIFICAÇÃO

CONFIRMADO

ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER

ATENÇÃO!

TRATANDO-SE DE DEPENDENTE APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE PARENTESCO

85, cinco

PARTEIR DE 18/3/05

Telma Nascimento Médica R.F. 613.662 - CRM 61.881 DESAT - SGP

18/3/05

CARIMBO E ASSINATURA

Administrativo 23/03/05



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SUBPREFEITURA DE VILA MARIA/VILA GUILHERME
GUIA DE LICENÇA MÉDICA

Senha:

GLM nº
 A PEDIDO
 EX OFFÍCIO

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

RH nº

1- NOME: Manuel Lopes Netto

2- REGISTRO FUNCIONAL: 622.400 3- DATA DE NASCIMENTO: 19.01.73 4- COR: 5- SEXO: MASC. 6- ESTADO CIVIL:

7- ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. Francisco Mugnier, 186 - 313

8- CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: 600.13.200.86 10- CATEGORIA FUNCIONAL: Eletivo 11- DATA DE INSCRIÇÃO: 02/10/78

12- UNIDADE DE LOTAÇÃO: F.H. MG 13- CÓDIGO DE ENDEREZAMENTO: 33200-2 14- TELEFONE: 62214353

15- LICENÇA MÉDICA: 16- ÚLTIMA LICENÇA DE DIAS CONCEDIDOS: 62214353

() INICIAL () PRORROGAÇÃO NÃO HOUVE

17- ESTA LICENÇA DESTINA-SE AO SERVIDOR A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE: GRAU DE PARENTESCO:

DATA: ASSINATURA DO SERVIDOR:

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA:
 Inspetora

B- QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

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

2- PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO CONCLUSIVO
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE LICENÇA

FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 08 DIAS DE LICENÇA

3- LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA:
 DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIA:

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

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

RECONSIDERAÇÃO

APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE:
 A LICENÇA FOI MANTIDA
 A LICENÇA FOI NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE ARTIGO

DATA: 23 de 30.03

CARIMBO DO MÉDICO PERITO: CARIMBO DO MÉDICO PERITO:

5- ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 146

LICENÇA GESTANTE ARTIGO 148

LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157

LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA

PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE

CAT Nº ARTIGO 160

DATA: 23.03.05

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO:

RECURSO

APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE:
 A LICENÇA FOI MANTIDA
 A LICENÇA FOI NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE ARTIGO

DATA:

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 E FOTO.
 TRATANDO-SE DE DEPENDENTE, APRESENTE DOCUMENTO COM-PROBATÓRIO DE PARENTESCO
 CARIMBO, ASSINATURA DA CHEFIA
 SENHA NAS TRÊS VIAS.


JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE

DATA: CARIMBO E ASSINATURA:

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

Recebido em 31/03/05
as 15:00 f

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA		Senha: Horário: Data: Sala:	SIM n.º 003 <input checked="" type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> "Ex Ofício"
A- IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (Obrigatório preenchimento de todos os itens)			
1- Nome: Manocl Lopes Neto			
2- Reg. Func. 685.682.900	3- Data Nasc. 19 01 73	4- Cor Branca	5- Sexo MASC.
7- End. Residencial. R: Francisco Mignore, 186- 31B		6- Est. Civil Solteiro	
9- Cod. Cargo/Função GCM 2ª classe 73.010.8		10- Categoria Funcional Efetivo	11- Data de início PMSP 06 08 98
12- Unidade de lotação IRMG		13- Cod. Endereçamento 33-20052-8	14- Tel 6221-4353
15- Licença Médica Inicial () Prorrogação (X)		16- Última licença- Data e nº de dias concedidos 23/03/05 (08 dias).	
17- Esta licença destina-se: (X) Ao Servidor () Dependente () Outros			
Nome do dependente		Grau de parentesco	
Data: 31/03/05		Douglas Almeida Fleming INSPETOR R.F. 569.217.204 Carimbo e Ass. Chefe	
B- Quesitos a cargo do médico			
1- Está o servidor incapacitado p/ o trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		5- Enquadramento- Lei nº 8.989/79 <input type="checkbox"/> Licença p/ tratamento de saúde do próprio servidor artigo 143 <input type="checkbox"/> Licença por motivo de doença em pessoa da família artigo 146 <input type="checkbox"/> Licença a gestante artigo 148 <input type="checkbox"/> Licença compulsória Artigo 157 <input checked="" type="checkbox"/> Licença por acidente de trabalho ou moléstia profissional, referente ao acidente de CAP. Nº _____ Artigo 160 Alta médica: <input type="checkbox"/> Sem sequela <input type="checkbox"/> com sequela	
2- Parecer conclusivo <input type="checkbox"/> Contrário à concessão de licença <input checked="" type="checkbox"/> Favorável a concessão de licença Dias de licença: 11			
3- Há necessidade de novo exame ao término desta licença? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
4- Local da perícia médica <input checked="" type="checkbox"/> DEMED <input type="checkbox"/> HSPM <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/> Outros- Endereço com referência:			
Este parecer não substitui a decisão final a ser publicada em D.O.M		CID: _____ CRM: _____ DATA: 31/03/05 Carimbo e assinatura do Perito	
Atenção: -Apresentar -se na data e horário DETERMINADOS com documento de identificação com foto. -Tratando-se de dependente, apresente documento comprobatório de parentesco.		C- Revisão/Retificação <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Alterado: JUSTIFICATIVA DO PARECER: _____ () Dias a partir de ____/____/____	



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Folha de informação nº

nº em / / (a)

Assunto: L.M. Excm Neto
data: 02/04 pg. 28
lido por Simone

332052 - 68552-910 - MANOEL NETO - 22 - 2 - 02/04/04 - 1 - SIMONE NETO
332052 - 68552-910 - MANOEL NETO - 22 - 2 - 02/04/04 - 1 - SIMONE NETO

.....

Assunto: L.m. neto

data: 24/03

pg. 40

lida por Jimenez - 20/03

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Juntado nesta data, documento e folha de informação,
rubricado sob nº

Em/...../.....

(a)



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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR: EMPREGADORA MUNICIPAL DE SÃO PAULO APOÍCE Nº: _____

SEGURADO: MANOEL LOPES NETO DATA NASCIMENTO: 19/01/73 PROFISSÃO: GC.M ESTADO CIVIL: CASADO

SINISTRO DE: MORTE INVALIDEZ D.M.H. D.L.T. CAUSA: NATURAL - DOENÇA ACIDENTE DATA DE ADMISSÃO: _____ ÚLTIMO DIA DE TRABALHO: _____ ÚLTIMO SALÁRIO: _____

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

PERÍODO DE: _____ A _____ MOTIVO: _____

DE: _____ A _____ MOTIVO: _____

DE: _____ A _____ MOTIVO: _____

ESTAVA APOSENTADO? _____ DESDE QUANDO? _____ MOTIVO: _____

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE

NOME: _____ DATA NASCIMENTO: _____ PROFISSÃO: _____ TELEFONE: 6951 3701

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

DATA DO ACIDENTE: _____ HORAS: _____ LOCAL DO ACIDENTE: _____

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

CONFORME CAT ANEXO

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? QUAL? _____

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

NOME: _____ ENDEREÇO: _____

NOME: _____ ENDEREÇO: _____

DATA DO PRIMEIRO SOCORRO: _____ LOCALIDADE: _____ HOSPITAL: _____

NOME DO MÉDICO: _____ ENDEREÇO: _____

DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA: _____ NOME DO MÉDICO: _____ ENDEREÇO: _____

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

SEGURADORA	APOÍCE	MORTE	INVALIDEZ	D.M.H.	D.L.T.

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

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

Caro Bolo, 06 Abril de 2005 LOCAL E DATA ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

Assunto U.M. Gcm Neto - pg. 25

data 25/03

lido: Simone

data 30/03

Recerto

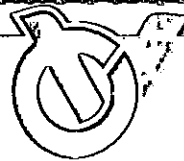
~~TRANSFERRÊNCIA DE FUNDO DE INVESTIMENTO~~

Juntado nesta data, documento e folha de informação.

rubricado sob nº

Em

(a)



VERTCON
Seguros

São Paulo, 27 de março de 2005

ST. OK.

À
PORTO SEGUROS CIA DE SEGUROS GERAIS

AT.: DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

Ref.sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Manoel Lopes Neto (complemento)

Segue anexo documentos referente ao sinistro

-Cópia do holerite (02 folhas);

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

Atenciosamente,

PI

VERTCON ADM.E CORR. DE SEGUROS LTDA
JOSÉ RODRIGUES BRANDÃO

PORTO SEGUROS
Cia. de Seguros Gerais
27 ABR. 2005
Depto. Sinistro de Pessoas
- MATRIZ -

R. Conselheiro Crispiniano, 139 - 10 and. 101 Cj - Centro - São Paulo - SP
Cep. 01037-001 - Fone. (11) 3219-1008 / 0301 - vertcon@uol.com.br

6013	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM 04-CONTRIBUICAO	008	69,60 D
6015	HOSP. SERVIDOR PUBLICO MUNIC. 06-CONTRIBUICAO	000	49,61 D
6029	PORTO SEGURO - SEGUROS GERAIS SEGURO DE VIDA - GRUPO	000	18,90 D
		000	15,00 D
	TOTAL DOS DESCONTOS	-	192,41 D
	LIQUIDO A CREDITAR	-	1.111,37 C

MENSAGEM:

O ALGARISMO DE MILHAR DOS CODIGOS DE PAGAMENTO/
DESCONTO REFERE-SE A:

- 0-PAGAMENTO DO MES
- 1-PAGAM. MESES ANTERIORES
- 2-ESTORNO DE DESCONTO
- 3-DESCONTO DO MES
- 4-DESC. MESES ANTER.
- 5-ESTORNO DE PAGAMENTO
- 6-DESC. MES CONSIGNAT.
- 7-DESC. MES ANT. CONSIGNAT.
- 8-ESTORNO DE CONSIGNACAO

RESPONSABILIDADE DOS DADOS ACIMA:
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE S O PAULO

Este comprovante é emitido em papel
termossensível. A vida útil dos dados
impressos é de 5 anos, mas é preciso
tomar alguns cuidados: não exponha o
manual a contato direto com plásticos.

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO - REF. 03/2005
C.G.C. 46.392.130/0003-80

NOME: MANOEL LOPES NETO;
REGISTRO FUNCIONAL: 685682.9.00
CATEGORIA: EFETIVO
CARGO/FUNCAO: GCM - 2 CLASSE - MASC 7320100
PADRAO: GC02B COD. ENDEREAMENTO: 33.20.052
TIPO DE PENSAO:
BANCO : BRASIL
AGENCIA: 0584-3 CONTA: 000005662-6
SUBSTITUICAO/DESIGNACAO/NOMEACAO:

CODIGO	DESCRICAO	QTD.	VENCIMENTOS
0002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	030	630,09 C
0002	GRAT. REGIME ESP. TRAB. POLICIAL	030	315,04 C
0041	ADICIONAL 1, QUINQUENTO	030	47,25 C
0143	AUXILIO-REFEICAO	022	191,40 C
0145	AUXILIO-TRANSPORTE	015	120,00 C
1129	PISO MINIMO	030	00,00 C
	TOTAL DOS VENCIMENTOS	-	1.303,78 C

CODIGO	DESCRICAO	QTD.	DESCONTOS
3026	CONTRIB. AUXILIO-TRANSPORTE	015	37,80 D
4008	ATUALIZ. MONET. - DEBITO	000	01,50 D
5143	AUXILIO-REFEICAO		

6013	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM	004	34,80 D
	04-CONTRIBUICAO		
6015	HOSP. SERVIDOR PUBLICO MUNIC.	000	49,61 D
	08-CONTRIBUICAO		
6029	PORTO SEGURO - SEGUROS GERAIS	000	18,90 D
	SEGURO DE VIDA - GRUPO		
7013	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM	000	15,00 D
	04-CONTRIBUICAO		
		000	00,02 D
TOTAL DOS DESCONTOS		-	156,55 D
LIQUIDO A CREDITAR		-	1.188,71 C

MENSAGEM:

O ALGARISMO DE MILHAR DOS CODIGOS DE PAGAMENTO/DESCONTO REFERE-SE A:

- 0-PAGAMENTO DO MES
- 1-PAGAM. MESES ANTERIORES
- 2-ESTORNO DE DESCONTO
- 3-DESCONTO DO MES
- 4-DESC. MESES ANTER.
- 5-ESTORNO DE PAGAMENTO
- 6-DESC. MES CONSIGNAT.
- 7-DESC. MES ANT. CONSIGNAT.
- 8-ESTORNO DE CONSIGNACAO

RESPONSABILIDADE DOS DADOS ACIMA:
PREFEITURA DO MUNICIPIO DE S O PAULO



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SAO PAULO
 DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO - REF: 02/2005
 C.G.C. 46.392.130/0003-00

NOME: MANOEL LOPES NETO
 REGISTRO FUNCIONAL: 685682 9 00

CATEGORIA: EFETIVO
 CARGO/FUNCAO: GCM - 2 CLASSE - MASC 7320108
 PADRAO: GC02B - COD. ENDERECAMENTO: 33,20,052
 TIPO DE PENSAO:

BANCO : BRASIL
 AGENCIA: 0584-3 CONTA: 000005682-6
 SUBSTITUICAO/DESIGNACAO/NOMEACAO:

CODIGO	DESCRICAO	QTD	VENCIMENTO
0002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	030	630,09 C
0032	GRAT. REGIME ESP. TRAB. POLICIAL	030	315,04 C
0041	ADICIONAL 1. QUINQUENTO	030	47,25 C
0143	AUXILIO-REFEICAO	018	156,69 C
0145	AUXILIO TRANSPORTE	016	108,80 C
1008	ATUALIZ. MONET. DEC. 31131/92	1000	00,48 C
1129	PISO MINIMO	030	00,00 C
1143	AUXILIO-REFEICAO	010	87,00 C
TOTAL DOS VENCIMENTOS			1.345,26 C

CODIGO	DESCRICAO	QTD	DESCONTOS
3026	CONTRIB. AUXILIO TRANSPORTE	016	37,00 D
4000	ATUALIZ. MONET. DEBITO	000	00,42 D
5143	AUXILIO-REFEICAO		