

Wuzian

EMPRESA	INSC	RAZO	APOLICE	ITEM	SIN. MATR. / ANO	VISTOS	TP	EA
	22	990*00	000000590		001889/05		0	08 01
FAVORCIDO - MARCELO PEREIRA - SAO PAULO				CPF/CNPJ	No. BANCO	No. DA AGENCIA	CONTA CORRENTE	SIG.
VALOR LIQUIDADO 1000.00				TIPO DE OPERACAO 001-PAGAMENTO SEGURO		REIMPRESSO	LARGAMENTO	
VALOR BASICO 1000.00		ISS	IR	IR DC				
			0.00	0.00				

SEGURO/ESTIPULANTE: MARCELO PEREIRA - SAO PAULO / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RUB
 INDENIZACAO RELATIVA A: 15 DIARIAS X R\$ 66.6666 = R\$ 1.000.00
 BANCO: 0033 AG.: 00642 CONTA: 23251-2 PERIODO 22.11.05 A 06.12.05

PORTO SEGURO
 Cia. de Seguros Gerais
 12 JAN. 2006
 Depto. Sinistro de Pessoas
 - MATRIZ -

CONDICIONAMENTO
 MENSAGEM
 Conforme Relacao OP a Regularizar
 TERMO DE CITACAO

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 SE-RAIS, providenciara atraves de deposito bancario electronico, 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, paralisacao, 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	DATA EMISSAO	LOCAL	CORRETOR
010048/2006	09/01/2006	DEPOS C/C COM CHEQUE	VERTCON ADM CORRETORA DE SEGRU LI731J
VISTOS DEPARTAMENTO	DIRETORIA	CONTROLE FINANCEIRO	*** VISTO ELETRONICO *** 008877

LOCAL E DATA: ** DEP. C/C ** Seguro de Pessoas - Sinistro Matr: 2240 Hr: 13:09:47 ASSINATURA:

Sistok

São Paulo, 20 de dezembro de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: 990/1889/05- Prefeitura do Município de São Paulo
Marcelo Pereira (complemento)



Segue anexo os documentos relacionados abaixo para a análise do referido sinistro

☐ Cópia da perícia médica ;
--

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

Cordialmente,

2/


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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Senha - PP/068/081105/099

SPM Nº

A PEDIDO

EX OFFICIO

RH Nº

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

1 - NOME Marcelo Pereira

2 - REGISTRO FUNCIONAL 2000000 3 - DATA DE NASCIMENTO 20-01-77 4 - COR M 5 - SEXO M 6 - ESTADO CIVIL casado

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL Rua ... 176 8 - TELEFONE 50211852

9 - CÓDIGO DE CARGO FUNÇÃO FCV 030 GACU 10 - CATEGORIA FUNCIONAL 030 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSB 02-11-17

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO ... 13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO 11-500 14 - TELEFONE ...

15 - LICENÇA MÉDICA: INICIAL PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 26-09-05 60 dias

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

NOME DO DEPENDENTE Lilian Xavier Paolino dos Santos GRAU DE PARENTESCO GCMF 5973

DATA 28/11/05 ASSINATURA DO SERVIDOR [assinatura] RF: 698.132.1.00

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

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

2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 60 DIAS DE LICENÇA
sessente

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA
 DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

4 - LICENÇA EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO
DATA _____

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 145
 LICENÇA GESTANTE ARTIGO 148
 LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLÉSTIA

PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE 1/1
C.A.P. Nº 29,9,05 ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CID CRN66178

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

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

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

60 sessente DIAS A PARTIR DE 24/11/05

990/1889
05

Porto

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

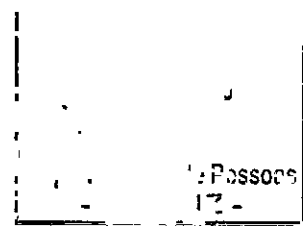
CHANCELA DESAT

ATENÇÃO
- PRESENTAR SE NA DATA DA LICENÇA
- ENTREGAR TODOS OS DOCUMENTOS DE
- CÉPULAS - SE
- TRATAMENTO DE DEPENDENTE - SE
- SEU DOCUMENTO COMPROVATORIO

Sistok

São Paulo, 25 de outubro de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS



At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Marcelo Pereira (complemento)

Segue anexo os documentos relacionados abaixo para a análise do referido sinistro

- Cópia da perícia médica com o respectivo laudo ;

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

Cordialmente,

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

Parto



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº _____
 A PEDIDO
 EX OFFICIO

Senha - 1201230905126A 26.09 2000

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

1 - NOME Marcelo Pereira

2 - REGISTRO FUNCIONAL 680.562.100 3 - DATA DE NASCIMENTO 03-08-74 4 - COR _____ 5 - SEXO M 6 - ESTADO CIVIL Casado

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL R. Broi da Rocha 186 8 - TELEFONE 5663-4482

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO 732.010.8 10 - CATEGORIA FUNCIONAL Eletivo 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSF 07-11-97

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO I - Execução 13 - CÓDIGO DE ENDERECEAMENTO 11716000 14 - TELEFONE 33137806

15 - LICENÇA MÉDICA INICIAL PRORROGAÇÃO 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 22-09-05 01 dia

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE AO SERVIDOR A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE _____ GRAU DE PARCENTESCO _____

23 09 05 DATA _____ ASSINATURA DO SERVIDOR _____ CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE

B - QUESITOS A CARGO DO MEDICO PERITO

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

2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL A CONCESSÃO DE _____ DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DO PERICULOSO
 DESAT ASP DIFERENCIADO OUTRO

4 - LICENÇA EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO
DATA _____

5 - ENCUADRAMENTO - LEI Nº 8 989/79
 LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PROPRIO SERVIDOR ARTIGO 143
 LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 146
 LICENÇA DESTINADA A PESSOAS DE _____
 LICENÇA POR COMPLETAR _____ ANOS
 LICENÇA POR FALTA DE TRÁFICO DE _____

PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE C.A.P. Nº _____ ARTIGO 160

26, 09 05 DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CID X93+562 CRM 18744

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

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER _____

(_____) DIAS A PARTIR DE _____

CHANCELA DESAT

ATENÇÃO

APRESENTAR, EM DATA E HORAS DETERMINADAS, O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE PARENTESCO

Dr. Adilson Leão Louco
Neurologia EEG
CRM 18744

RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

NOME DO EXAMINADO E CARGO/FUNÇÃO

Nº = 241 261 78

IDADE 31a.

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Fusos = GCM.

Refere ter sofrido ferimento por arma de fogo com fratura em mão E, sendo colocado fixador externo.

EXAME FÍSICO

LSO

PA

OBS. NAS EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO

Ex físico. presença de ortese plástica em mão E.

EXAMES COMPLEMENTARES / RELATÓRIOS MÉDICOS

dx -> fraturas 2ª falange do 1º e 2º quadrantes E.

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Fraturas em mão E.

26/04/05

DATA

Assinatura do Perito

Wilson Leão Lemos
Médico Cirurgião
CRM 12

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO