

Anexo
1st OK

EMPRESA	SUC	RAMO	APOLICE	ITEM	SIN. MATRIZ/ANO	VISTORIA	TP	VIA
	22	982-00	000004390		000728/05	/	0	07 01
FAVORABLE	MARIO JOSE DE SOUZA		CPF/CNPJ	No. BANCO	No. DA AGENCIA	CONTA CORRENTE	DIG.	
VALOR LIQUIDO	TIPO DE OPERACAO		MOVIMENTO			LANCAMENTO		
157.00	001-PAGAMENTO SEGURADO							
VALOR BASICO	ISS	IR	IR ADC					
157.00	0.00	0.00						
SEGURO/ESTIPULANTE	NOTA FISCAL/FATURA			DATA DE VENCIMENTO	DATA DA OCORRENCIA			
MARIA JOSE DE SOUZA / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RUB				02/12/2005	22/08/2005			
INDENIZACAO RELATIVA A DESPESAS MEDICAS BANCO: 0033 AG.: 00577 CONTA: 10023036-2								

CONDICIONAMENTO

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 através de deposito bancario eletrônico, 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 ta! 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, alugueies, honorarios, avarias, reparo, pecas, accessorios, 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
620306/2005	01/12/2005	DEPOS C/C COM CHEQUE	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: 8841 Hr: 13:44:41

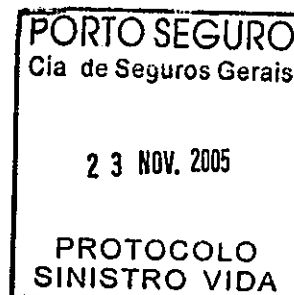
ASSINATURA

Deixei recado c/02/12

67537996

OK

São Paulo, 23 de novembro de 2005



À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: 982/728/05-Prefeitura do Município de São Paulo
Maria Jose de Souza (complemento)

Conforme solicitado, segue os 07 filmes que originaram a nota fiscal 230 no valor de R\$ 157,00.

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

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'R' with a horizontal stroke through it, enclosed in a large, loopy oval.

/ VERTCON ADM. E CORRET. DE SEGUROS LTDA
JOSE RODRIGUES BRANDÃO

EMPRESA	SUC	RAZO	APOLICE	ITEM	SIN. MATRIZ/ANO	VISTORIA	NR	VIA
	22	990-00	000000590		002268/05	/	0	07 01
FAVORECIDO				CPF/CNPJ	No. BANCO	No. DA AGENCIA	CONTA CORRENTE	DIG.
MARIA JOSE DE SOUZA								
VALOR LIQUIDO		TIPO DE OPERACAO		MOVIMENTO			LAPCAMENTO	
4000.00		001 - PAGAMENTO SEGURADO						
VALOR BASICO		ISS	IR	IR. ADC				
4000.00		0.00	0.00					
SEGURADO/ESTIPULANTE				NOTA FISCAL/FATURA	DATA DE VENCIMENTO	DATA DA OCORRENCIA		
MARIA JOSE DE SOUZA / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RUB					22/11/2005	22/08/2005		

Arizado Sita

INDENIZACAO RELATIVA A
 60 DIARIAS X R\$ 66,66 = R\$ 4.000,00
 BANCO: 0033 AG.: 00577 CONTA: 10023036-2 PERIODO: 06.09.2005 A 04.11.2005

CONDICIONAMENTO

mensagem
 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 GE-RAIS, providenciara através 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, alugueies, 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
597559/2005	21/11/2005	DEPOS C/C COM CHEQUE	VERTCON ADM CORRETORA DE SEGUR
VISTOS	DEPARTAMENTO	DIRETORIA	CONTROLE FINANCEIRO
			*** VISTO ELETRONICO *** 014677

LOCAL E DATA ASSINATURA
 ** DEP. C/C ** Seguro de Pessoas - Sinistro Matr: 7701 Hr: 18:36:58

Deixei recado com Wagner dia 22/11/05

Data: Mon, 21 Nov 2005 13:05:41 -0200
De: "Vertcon Seguros Ltda."
<vertcon@uol.com.br>
Para: "Jacqueline"
<jacqueline@vertconseguros.com.br>
Assunto: Fw: Documentos pendentes para a
abertura do sinistro

Esta mensagem não foi classificada.

[Reportar SPAM](#)

verificado contra virus

DATA: 21/11/2005

NUMERO DO SINISTRO: 1 728/2005
RAMO: 982

NOME DO SEGURADO: MARIA JOSE DE SOUZA

ESTIPULANTE: SERVIDORES DO MUNICIPIO DE
SAO PAULO RUB APOLICE NUMERO: 4390

CORRETOR: VERTCON ADM CORRETORA DE
SEGUROS LTDA SUSEP NUMERO:
LI731J

PARA QUE POSSAMOS FINALIZAR A ANALISE DO
PROCESSO ACIMA REFERIDO, SOLICITAMOS
PROVIDENCIAREM:

- OUTROS DOCUMENTOS:

Observacoes:
DESCRICAÇÃO DOS EXAMES REALIZADOS QUE
GERARAM A NF 230 NO VALOR DE R\$ 157.00.
LAUDOS DOS REFERIDOS EXAMES.

ATENTAMENTE,

SINISTRO DE SEGURO DE PESSOAS

Ass ok

São Paulo, 04 de novembro de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Maria José de Souza (D.I.T)

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

- Aviso de sinistro ;
- Cópia da perícia médica (04 folhas) ;
- Cópia do holerite ;
- Autorização no caso de eventual pagamento ;
- Cópia do atendimento de urgência ;
- Declaração ao DESAT ;
- Cópia do RG ;
- Comprovante de residência ;
- Nota fiscal original original no valor de R\$157,00 ;
- 06 folios ;



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

Cordialmente,


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



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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR: Prefeitura do Município de São Paulo APÓLICE Nº _____

SEGURODO: Maria José de Souza DATA NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____ ESTADO CIVIL _____

SINISTRO DE: MORTE INVALIDEZ D.M.H. D.I.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: Maria José de Souza DATA NASCIMENTO _____ PROFISSÃO _____ TELEFONE: 67537996

ENDEREÇO: _____ CIDADE _____ ESTADO _____

DATA DO ACIDENTE: 22/08/05 HORAS: 11:15 LOCAL DO ACIDENTE: na residência

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

A segurada estava saindo de casa, quando ao descer as escadas do lado e. v. um da mesma, pisou em falso e caiu

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	APÓLICE	MORTE	INVALIDEZ	D.M.H.	D.I.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, INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PREVIDENCIÁRIAS, QUE ATENDERAM AO SEGURADO, AS INFORMAÇÕES SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE. OS MÉDICOS E/OU INSTITUIÇÕES INFORMANTES, FICAM LIBERADAS DA OBRIGAÇÃO DE GUARDAR SIGILO PROFISSIONAL.

S.P. 04 de novembro de 2005 x *[Assinatura]*

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

GUIA DE LICENÇA MÉDICA

28/08 - 12:00 hr

Senha - PP/071/260305/28 B

A PEDIDO

EX OFFICIO

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

REN Nº

1 - NOME: Maria José da Souza

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 587.311.6.01

3 - DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1953

4 - COR: Parda

5 - SEXO: Feminino

6 - ESTADO CIVIL: Divorciada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Godoy Bueno, 4 A Jardim Santo Andre

8 - TELEFONE: 6755 7356

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: Prof. Univ. Infantil

10 - CATEGORIA FUNCIONAL: Efetivo

11 - DATA DE INÍCIO NA FMSF: 29/03/1988

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: CEI Jardim Adutora

13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO: 16.80.178.3

14 - TELEFONE: 6119 04 22

15 - LICENÇA MÉDICA: INICIAL PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS: 12/03/05 - 05 (Cinco dias)

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

NOME DO DEPENDENTE: Luciana Simões T. Silva

GRAU DE PARENTESCO: Mãe

DATA: 29/08/2005

ASSINATURA DO SERVIDOR: *Maria José da Souza*

CPF: 738145000-7

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA: *Dr. Eduardo Roberto de Melo*

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?

SIM NÃO

2 - APARECER CONCLUSIVO

CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA

FAVORÁVEL A CONCESSÃO DE 60 DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA: residência

DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

4 - LICENÇA EX-OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO: _____

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.325/75

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 142

LICENÇA GESTANTE ARTIGO 148

LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157

LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA

PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE _____

C.A.T Nº _____

ARTIGO 160

DATA: 28/08/05

RECURSO

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

A LICENÇA FOI MANTIDA

A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA _____ DIAS A CONTAR DE _____ ARTIGO _____

DATA: _____

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

ATENÇÃO

APRESENTAR - SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E FOTO

TRATANDO - SE DE DEPENDENTE APRESENTAR DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE PARENTESCO

CARIMBO, ASSINATURA DA CHEFIA E SENHA NAZ TRÊS VZS.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO

CONFIRMADO

ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

_____ ; DIAS A PARTIR DE _____

DATA: _____

CARIMBO E ASSINATURA

1º VÍCIO DESAT 2º VÍCIO CADASTRO 3º VÍCIO UNIDADE DO SERVIDOR

Staus, exp. ADI
RC dd. 914 431-7.

Quelques quelques de
fractura em celulo dorsal T10
pós queda há 07 semanas
Refero dorsalgia e distúrbios
deambulatori
Em uso de analgésicos

ETCo exames / AHA
der. 1ª fase celulo dorsal
marcha cautelosa

Tratamento relativo modo - em
cureto

532

Quando 1/2 per remane dois

Paulo de C. S.

Dr. Eduardo Rodrigues L. Filho
Neurologia
CRM 87780



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM N°
 A PEDIDO
 EX-OFFICIO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (Obrigatório preenchimento de todos os itens) RH N°

NOME MARIA JOSE DE SOUZA L HSPM - PST

RF 587.911.6.01 DATA DE NASCIMENTO 8/7/1953 COR SEXO FEMININO ESTADO CIVIL SOLTEIRO

ENDEREÇO RESIDENCIAL RUA GODOI BUENO, 4A / JD. STO. ANDRE TELEFONE 6753.7996

COD. DO CARGO/FUNÇÃO ADI 236015 CATEGORIA FUNCIONAL EFETIVO DATA INICIO NA PMS 1988

UNIDADE DE LOTAÇÃO CEI ADUTORA COD. DE ENDEREÇAMENTO 6920605 TELEFONE 6119.0422

LICENÇA MÉDICA INICIAL PRORROGAÇÃO ÚLTIMA LICENÇA - DATA E N° DE DIAS CONCEDIDO 03.05-

ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR AO DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE ACIDENTE DE TRABALHO GRAU DE PARENTESCO

23/8/2005 DATA ASSINATURA DO SERVIDOR CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

QUESITOS 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 07 DIAS DE LICENÇA

LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA:
 DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIA

LICENÇA EX-OFFICIO INFORMAR A DATA DE INTERNAÇÃO DATA 11 CAP N° 11

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CID 5345 CRM 234605

ENQUADRAMENTO - LEI N° 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 TRABALHO - ARTIGO 160

Dr. José de Souza Mello Reg. 4581 CRM 20343 - MTD Reg. 4581 MTD Reg. 4581

RECONSIDERAÇÃO RECURSO

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

A LICENÇA FOI MANTIDA
 A LICENÇA FOI ALTERADA PARA 11 DIAS A CONTAR DE 11 ARTIGO 160
DATA 11

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

A LICENÇA FOI MANTIDA
 A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA 11 DIAS A CONTAR DE 11 ARTIGO 160
DATA 11

CARIMBO DO MÉDICO PERITO CARIMBO DO MÉDICO PERITO CARIMBO DO MÉDICO PERITO CARIMBO DO MÉDICO PERITO

ATENÇÃO !

TRATANDO-SE DE DEPENDENTE APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE PARENTESCO

REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER 07 DIAS A PARTIR DE 11

DATA CARIMBO E ASSINATURA

D - RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

NOME DO EXAMINADO E CARGO/FUNÇÃO

Antonio José Faria

IDADE

REGISTRO FUNCIONAL

REGISTRO GERAL

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Comprometido com o trabalho com contator de energia elétrica. Da sua natureza AT.

E - EXAME FÍSICO

Comprometido com AT e contator de energia elétrica e geral com função de trabalho.

F - EXAMES COMPLEMENTARES/RELATÓRIOS MÉDICOS

Relatório de exames em 17/9/12

G - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Contator de energia elétrica e geral D.

Dr. José de Souza Maia Filho
CRM 20843 - MTB Reg. 3587
MÉDICO DO TRABALHO

[Handwritten signature]

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

23/08/12



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
GUIA DE LICENÇA MÉDICA

Serina - 045/130905/14C ✓

GLM nº A PEDIDO
 EX OFFICIO

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR - (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS) RH nº

1 - NOME Maria Jéssica de Souza

2 - REGISTRO FUNCIONAL 567.311.6.01 3 - DATA DE NASCIMENTO 06/07/1953 4 - COR Parda 5 - SEXO Feminino 6 - ESTADO CIVIL Divorciada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL Rua Godoy Bueno, 4 A, Jardim Santo André 8 - TELEFONE 6753 7336

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO 236.015.2 Prof. Desenv. Infantil 10 - CATEGORIA FUNCIONAL Efetivo 11 - DATA DE INÍCIO NA FMSF 23/03/1988

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO CEI Jardim Adutora 13 - CÓDIGO DE ENDEREAMENTO 69.20.505.0 14 - TELEFONE 6119 04 22

15 - LICENÇA MÉDICA INICIAL PRORROGAÇÃO 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 30/03/05 - 13 (treze dias)

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

NOME DO DEPENDENTE _____ GRAU DE PARENTESCO _____
13/03/2005 DATA maria jéssica de souza ASSINATURA DO SERVIDOR Luciano Simões T. Silva CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE DE UNIDADE 138745300 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO PERITO AUXÍLIO ESCOLAR

B - QUESTÕES À CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?
 SIM NÃO
 2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL A CONCESSÃO DE 05 DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA
 DESAB HSPM DOMICILIAR OUTROS
 ENDEREÇO COM REFERÊNCIA: _____

4 - LICENÇA EX-OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO
 DATA _____

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/73
 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 DOLENTAÇÃO PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE TRABALHO ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUIA DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M.
 CID 5 23 + 02
 CRM 48281

DATA 4 29 05 CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO FAMÍLIA MARIA BARRO

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
 APRESENTAR-SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO EFETIVO
 FANTASMA - SE O DEPENDENTE NÃO FOR IDENTIFICADO COM DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE PARENTESCO
 CARIMBO, ASSINATURA DA CHEFE DE UNIDADE
 SERVA NAQ TRÉVISES

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO
 JUSTIFICATIVA DO PARECER:

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

1ª VPMI ESAT 2ª VPMI - CADÚSTRO 3ª VPMI - UNIDADE DO SERVIDOR

PL I

22. 9. 4. 431-7.

Am Statutus

S'fuer funde lre' cura
de. 202y y hanc londa
a ref dret

Indicade q vltim stp lre
en h' lre 13d.

Et: CETS, cupu,
Mv 0 y mds.

Da refuade en mudi
ref

ref. f'at. epente arq. m' d'ar. s'it >

~~1/2 = 25 - 7 - 25~~

VANIA MARIA V. BARCHI

R.F. 571.103 - CCM. 40.236
DESAT - SGP

14.09.08



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 GUIA DE LICENÇA MÉDICA
 Senha -

1963/03
 - EJA

A PEDIDO
 EX OFFICIO

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR - (OBRIGATORIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS) RH Nº _____

1 - NOME: Maria José de Souza

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 587.911.6.01 3 - DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1953 4 - COR: Parda 5 - SEXO: Feminino 6 - ESTADO CIVIL: Divorciada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Godoy Bueno, 4 A, Jardim Santo André 8 - TELEFONE: 6753 - 7996

9 - CODIGO DO CARGO/FUNÇÃO: Professor Desenv. Infantil 10 - CATEGORIA FUNCIONAL: 236 OIS.2 - Efetivo 11 - DATA DE INICIO NA PMSP: 23/03/1988

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: CEI Jardim Adutora 13 - CODIGO DE ENDEREÇAMENTO: 69.20.605.0 14 - TELEFONE: 6119 04 22

15 - LICENÇA MÉDICA: INICIAL PRORROGAÇÃO 16 - ÚLTIMA LICENÇA DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS: 07 dias (23/08/05)

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE AO SERVIDOR A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

29/08/2005 DATA Maria José de Souza ASSINATURA DO SERVIDOR Luziana Simões T. Silva CARIMBO DO SERVIDOR Associação de Médicos ASSINATURA DA CHEFE IA

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 13 - DIAS DE LICENÇA
curta

3 - LOCAL DA LICENÇA MÉDICA
 GERAL HSPM DOMICILIAR OUTROS

4 - LICENÇA EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO
 DATA: _____

5 - ENQUADRAMENTO LEI Nº 0969/79
 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 PROFESSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE...
 CAT Nº _____ ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUIA DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CID: 20+581 CRM: 3.647J

DATA: 30/08/05 CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

RECONSIDERAÇÃO
 APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUÍMOS QUE
 A LICENÇA FOI MANTIDA
 A LICENÇA NEGATIVA 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 NEGATIVA 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

1ª - LICENÇA 2ª - MÁ - CADASTRO 3ª - MÁ - UNIDADE DO SERVIDOR

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER

APRESENTAR SE NA DATA E HORÁRIO DE EXAMES COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E FOTO

TRATAMENTO DE DEPENDENTE APRESENTAR DOCUMENTO COM RESERVATÓRIO DE PARENTESCO

DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA _____

Amã Joe de Sij...

ADI por queda em sua
redireção, com fuma

Torção e cota esguel

Ad \rightarrow : ~~Fratura~~ em
Cota esguelada em HTD

Por Nas pa en en g...
fratura

Del. (Pr 112) 942

FD: ^{(f: 1) 2} Artigos HTD e
esguel em cota R

30/2865

JR. TRAJAN... FILME
CRSI 10476... 671778



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

C.G.C. 46.392.130/0003-80

REFERENCIA 08/05

COMPLEMENTO 73.118-8

NOME MARIA JOSE DE SOUZA

REGISTRO FUNCIONAL 587911.6.01

CATEGORIA EFETIVO CARGO/FUNÇÃO PROF DESENVOL INF CAT 1 235.001.7

PRÓBATO QPE11E

TIPO DE FÓRMO BANCO BANESPA FÓRMO Nº 0577 Nº de FÓRMO 1º DV 01.0023036 2º

COD. ENDEQUEAMENTO 16.80.176

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMENCLATURA

Código	Descrição	Quant.	Vencimentos	Descontos
6029	PORTO SEGURO - SEGUROS GERAIS	0		30,00
6071	SEGURO DE VIDA - GRUPO SIND-PROF. FUNC. E MUN. - APROFEM 66-MENSALIDADE	0		13,30
6109	SANTOS SEGURADORA S/A	0		32,00
6122	SEGURO DE VIDA EM GRUPO HSBC BANK BRASILEIRA S/A EMPRESTIMO PESSOAL III	0		77,39
6133	SIND TRAB ESTAB ED INF-SEGIN MENSALIDADE	0		16,37
TOTALS			5.601,36	2.897,71
			LÍQUIDO A CREDITAR 2.703,65	

A PARTIR DE AGOSTO INCIDE SOBRE O PAGAMENTO DOS SERVIDORES O DESCONTO DO IPREM NOS TERMOS DA LEI 13.973/05.

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

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

C.G.C. 46.392.130/0003-80

REFERENCIA 08/05

COMPLEMENTO 73.118-8

NOME MARIA JOSE DE SOUZA

REGISTRO FUNCIONAL 587911.6.01

CATEGORIA EFETIVO CARGO/FUNÇÃO PROF DESENVOL INF CAT 1 235.001.7

PRÓBATO QPE11E

TIPO DE FÓRMO BANCO BANESPA FÓRMO Nº 0577 Nº de FÓRMO 1º DV 01.0023036 2º

COD. ENDEQUEAMENTO 16.80.176

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMENCLATURA

Código	Descrição	Quant.	Vencimentos	Descontos
0002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	30	1.799,72	
0006	GRATIFICACAO DIFÍCIL ACESSO	30	60,98	
0042	ADICIONAL 2. QUINQUENIO	30	184,47	
0143	AUXILIO-REFEICAO	23	215,57	
1002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	60	3.069,97	
1003	ATUALIZ. MOET. DEC. 31/31/92	0		389
1005	GRATIFICACAO DIFÍCIL ACESSO	0		84,21
1042	ADICIONAL 2. QUINQUENIO	0		117,25
2026	CONTRIB. AUXILIO TRANSPORTE	0		115,56
3042	IMPOSTO DE RENDA NA FONTE	0		289,31
5002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	60		1.926,06
5145	AUXILIO TRANSPORTE	0		176,00
6013	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM	0		34,08
7013	04-CONTRIBUICAO	0		64,93
6015	HOSP. SERVIDOR PUBLICO MUNIC.	0		53,99
7015	06-CONTRIBUICAO	0		34,31
6017	RPPS/IPREM	0		149,97
TOTALS				
			LÍQUIDO A CREDITAR CONTINUA	

A PARTIR DE AGOSTO INCIDE SOBRE O PAGAMENTO DOS SERVIDORES O DESCONTO DO IPREM NOS TERMOS DA LEI 13.973/05.

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

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

**AUTORIZAÇÃO NO CASO DE EVENTUAL PAGAMENTO
NOS TERMOS DA LEI Nº 10.214/01**

SEGURADO/VÍTIMA: Maria José de Souza
SINISTRO Nº: _____ RAMO: 02 - PROVIDÊNCIA 53-4 - RCF/DC 57 - DEPEM
 80 - A.P.I. 81 - A.P.C. 83 - DPVAT 15%
 88 - A.P.P. 93 - VIDA
EU, Maria José de Souza PORTADOR (A) DO RG
N.º (anexar cópia) 22.914.431/7 E CPF Nº (anexar cópia) _____, RESIDENTE
Nº _____ CEP: _____

MUNICÍPIO/UF _____ FONE PARA CONTATO: _____ NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A)
/ BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO DO SINISTRO OCORRIDO EM / / , QUE
VITIMOU _____, AUTORIZO A PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS
GERAIS A EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, NA CONTA CORRENTE ABAIXO INDICADA:
DE MINHA TITULARIDADE:

NOME DO TITULAR: Maria José de Souza

N.º DO BANCO 033 N.º DA AGÊNCIA 0577 CIC 01-00 23036 DIGITO 2

NA HIPÓTESE DE DIVERGÊNCIAS NOS DADOS ACIMA POR MIM FORNECIDOS, TAIS COMO: Nº DE CPF OU CNPJ, DADOS DA CONTA CORRENTE, DO BANCO OU AGÊNCIA, O DEPÓSITO BANCÁRIO SERÁ RECUSADO, NÃO SE RESPONSABILIZANDO A PORTO SEGURO PELA NÃO EFETIVAÇÃO.

O PRESENTE INSTRUMENTO DE AUTORIZAÇÃO NÃO SIGNIFICA QUE A PORTO SEGURO ESTARÁ RECONHECENDO EVENTUAL DIREITO DE INDENIZAÇÃO, POIS EXISTE A NECESSIDADE DE ANÁLISE DE TODO O PROCESSO DO SINISTRADO. NÃO VALENDO TAMBÉM A PRESENTE, COMO COMPROMISSO DE INDENIZAÇÃO E OU TERMO DE QUITAÇÃO.

CARACTERIZADA A INDENIZAÇÃO O FAVORECIDO/BENEFICIÁRIO DEVERÁ ASSINAR RECIBO DE QUITAÇÃO JUNTO A CIA. PARA QUE POSTERIORMENTE SEJA EFETUADO O CRÉDITO NA CONTA CORRENTE ESPECIFICADA NESSE DOCUMENTO.

LOCAL/ DATA _____

ASS: Maria José de Souza
FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

ASS: _____

DO(A) RESPONSÁVEL
(nos casos de favorecido menor de 21 anos)
COM FIRMA RECONHECIDA

No caso de favorecido/beneficiário analfabeto, deverão assinar 02 testemunhas a rogo:

Ass. 1ª: _____

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

COM FIRMA RECONHECIDA

ASS. 2ª: _____

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

COM FIRMA RECONHECIDA

OBS.: NO CASO DO FAVORECIDO SER PESSOA JURÍDICA, ANEXAR CÓPIA DA ÚLTIMA ATA JUNTAMENTE COM CIC E RG DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA) QUE ASSINARÁ A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

IMPORTANTE: O DEPÓSITO ACIMA SOMENTE PODERÁ SER EFETUADO EM CONTA CORRENTE DE TITULARIDADE DO FAVORECIDO. FAVOR NÃO INFORMAR CONTA POUPANÇA, CONTA BENEFÍCIO DO INSS, CAIXA AQUI E CONTA CONJUNTA ONDE O FAVORECIDO NÃO É O TÍTULAR, POIS O CRÉDITO NÃO SERÁ EFETIVADO.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ

DECLARAÇÃO / ATESTADO MÉDICO

SECRETARIA DA SAÚDE - SUS

CENTRO HOSPITALAR DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ
Av. João Ramalho, 326 - Vila Assunção
Santo André - SP

DECLARO QUE MADINA JOVÉ
DE SOUZA

PORTADOR(A) DO RG _____ ESTEVE
NESTA UNIDADE NO DIA 22 / 10 / 2010 DAS
_____ HS ÀS _____ HS.

PARA:

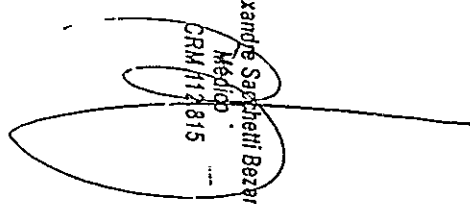
- CONSULTA
- EXAME
- ACOMPANHAR DEPENDENTE

SENDO RECOMENDADO

- RETORNAR AO SERVIÇO
- REPOUSAR O RESTO DO DIA
- AFASTAR-SE DO SERVIÇO POR
DIAS, ATÉ O DIA ____/____/____

DIAGNÓSTICO: G.I.D. _____

Dr. Alexandre Sapichelli Bezerra
Médico
CRM/112815



CARIMBO DA UNIDADE

CARIMBO E ASS. DO PROFISSIONAL

01.01.0467

Atendimento
de
urgência



RECEITA


Nome: <u>M.^s José de Souza</u>		R.H.:	
Responsável:		R.F.:	
Clínica:		VALOR	
(Prescrever no máximo 4 medicamentos)		Unitário	Total
<u>AO. DENT</u> CONTUSÃO DE COSTELA COLUMA LOMBAR E QUADRIL (D) 523.1/5208 STO. O			
EM CASO DE RECLAMAÇÃO TRAZER A 2ª VIA DA RECEITA			
Visto de Autorização		Data	Dr. Rafael M. Mallo
		23 08 05	<i>[Assinatura]</i> Carimbo e Assinatura - Médico
C.R.	Data movimento	Origem	
01 679240			
R.F.	Tipo	TOTAL	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SAO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RICARDO JORNALISTA



Maria Jose de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 22.914.431-7 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/DEZ/98

NOME MARIA JOSE DE SOUZA

FILIAÇÃO NELSON DE SOUZA

E NEUZA RIBEIRO DE SOUZA

NACIONALIDADE RIO DE JANEIRO -RJ DATA DE NASCIMENTO 08/JUL/1953

DOC. ORIGEM NILOPOLIS -RJ

OLINDA

CC LV 872 / FLS. 56 / N. 022826

CPF 129247078/032 - Delegado 43720471-1

CARLOS ANDRÉ C. DE SEQUEIRA de Polícia AIRCD. SSP.SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

APROFEM SINDICATO DOS PROFESSORES
E FUNCIONÁRIOS MUNICIPAIS
DE SÃO PAULO

SEDE PRÓPRIA: Praça da Sé, 371 - 10ª andar - São Paulo - SP
CEP: 01001-901 - Tel/Fax: (11) 3292-5500 - www.aprofem.com.br



MARIA JOSE DE SOUZA
RUA GODOY BUENO, 4-A
JD. SANTO ANDRE - SAO PAULO - SP
0839040 R.F.: 587.911.6/00

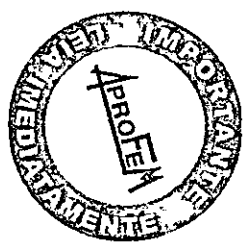
6009133
9326523
09009752
05644000

15



R\$ 200,76
BRASIL CORREIOS

São Paulo, 19 de sete



ASSÊSSORIA CRISTÃ DE SERVIÇOS S/C LTDA

Rua Coronel Rodrigues, 73
Vila Guarani - São Paulo - SP

Nota Fiscal de Serviços

TRIBUTADOS Série "A"

0230

1ª, 2ª Vias: Destacáveis / 3ª Via: Fixa

Rua Coronel Rodrigues, 73 - Vila Guarani - São Paulo - SP

Município de São Paulo

Estado de São Paulo

CNPJ 03.496.626/0001-29

CCM 2.858.359-0

Nat. Operação

Prest. Serviços

Prestação de Serviços

Data de Emissão

23 de Setembro de 2005

USUÁRIO FINAL OU DESTINATÁRIO

Nome da Firma

Maria José de Souza

Endereço

Rua Sargento Emílio Sampaio 210

Município

São Paulo

Estado

S.P.

CNPJ / CPF

129247078103

Inscr. Estadual

Inscr. CCM

Cond. de Pagamento

UNID.	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		<i>Referente a exames Raio-X</i>		<i>157,00</i>

Não Vale como Recibo

VALOR DA NOTA R\$

157,00

TRANSPORTADOR

Nome do Transportador

Endereço

NOVA RAZÃO SOCIAL
CENTRO MÉDICO

Placa do Veículo

Estado de SP

Município

CARACTERÍSTICAS DOS VOLUMES

Marca	Número	Quant.	Espécie	Peso Bruto	Peso Líquido



São Paulo, 21 de setembro de 2005

*Enviar tb
p/ Santos*

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Depto. De Sinistro Vida

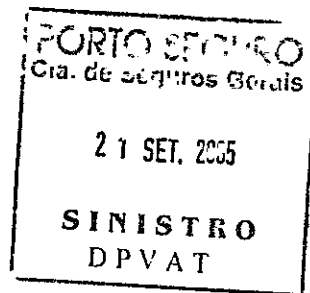
Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Maria Jose de Souza (D.I.T.)

n° 604920 no caderno

[Handwritten signature]
22/09

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

- Aviso de sinistro ;
- Autorização para eventual pagamento ;
- Cópia do holerite ;
- Cópia do atendimento de urgência ;
- Declaração ao DESAT ;
- Cópia do RG ;
- Comprovante de residência ;
- Cópia da perícia médica (02 folhas);
- 06 filmes ;



Obs: Enviaremos posteriormente os versos das perícias médicas .

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

Cordialmente,

[Handwritten signature]
VERTCON ADM. E CORRET. DE SEGUROS LTDA
JOSÉ RODRIGUES BRANDÃO

**ASSESSORIA CRISTÃ DE
SERVIÇOS S/C LTDA**

Rua Coronel Rodrigues, 73
Vila Guarani - São Paulo - SP

Nota Fiscal de Serviços

TRIBUTADOS Série "A"

0230

1ª, 2ª Vias: Destacáveis / 3ª Via: Fixa

Rua Coronel Rodrigues, 73 - Vila Guarani - São Paulo - SP

Município de São Paulo

Estado de São Paulo

CNPJ 03.496.626/0001-29

CCM 2.858.359-0

Nat. Operação

Rest. Serviços

Prestação de Serviços

Data de Emissão

23 de Setembro de 2005

USUÁRIO FINAL OU DESTINATÁRIO

Nome da Firma

Maria José de Souza

Endereço

Rua Sangradouro Américo Sampaio 210,

Município

São Paulo

Estado S.P.

CNPJ / CPF

129247078103

Inscr. Estadual

Inscr. CCM

Cond. de Pagamento

UNID.	QUANT.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		Referencia exames Raio X		157,00
Não Vale como Recibo			VALOR DA NOTA R\$	157,00

NOVA RAZÃO SOCIAL
CENTRO MÉDICO

TRANSPORTADOR

Nome do Transportador

Endereço

Placa do Veículo

Estado

Município

CARACTERÍSTICAS DOS VOLUMES

Marca	Número	Quant.	Espécie	Peso Bruto	Peso Líquido

G-ARTS - Ronaldo Tacci Campos - ME - Av. Sapopemba, 4544 - Cep 03374-000 - Chác. Belenzinho - SP - CCM: 2.904.317-4 - CNPJ: 03.769.488/0001-04 - I.E.: 115.901.853.112 - 10 tabelas - 50x3 vias - 001 à 500 - Aut. 0183 - 05/03

13109105 maria jose de souza



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
GUIA DE LICENÇA MÉDICA

Senha -

A PEDIDO
 EX OFFICIO

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

RH Nº

1 - NOME: Maria José de Souza

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 587.911.6.01 3 - DATA DE NASCIMENTO: 08/07/1953 4 - COR: Parda 5 - SEXO: Feminino 6 - ESTADO CIVIL: Divorciada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Godoy Bueno, 4 A, Jardim Santo André 8 - TELEFONE: 6753 - 7996

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: Professor Desenv. Infantil 10 - CATEGORIA FUNCIONAL: 336.0K.2 Efetivo 11 - DATA DE INÍCIO NA PMS: 23/03/1988

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: CEI Jardim Adutora 13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO: 69.20.605.0 14 - TELEFONE: 6119 04 22

15 - LICENÇA MÉDICA: INICIAL PRORROGAÇÃO 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS: 07 dias (23/08/05)

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

NOME DO DEPENDENTE: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____

DATA: 29/08/2005 ASSINATURA DO SERVIDOR: _____ CARIMBO: Luziana Simões T. Silva TITULO: Ass. Téc. Educ.

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

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

2 - PARECER CONCLUSIVO:
 CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA,
 FAVORÁVEL A CONCESSÃO DE 15 DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA:
 DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS

4 - LICENÇA EX-OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO: _____

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 9.899/79:
 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 C.A.T. Nº _____ ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D O M CID: _____ CRM: 60175

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: 30/8/05

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

JUSTIFICATIVA DO PARECER: _____

(_____) DIAS A PARTIR DE _____

DATA: _____ CARIMBO E ASSINATURA: _____

OBRIGATORIO APRESENTAR EM 3 VIAS - UNIDADE DO SERVIDOR

ATENÇÃO

APRESENTAR SE NA DATA E HORARIO DETERMINADOS COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E FOTO

TRATANDO-SE DE DEPENDENTE APRESENTAR DOCUMENTO COMPROVATORIO DE PARENTESCO

CARIMBO, ASSINATURA DA CHEFIA E SENHA NAS TRES VIAS

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



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO

GUIA DE LICENÇA MÉDICA

Senha - PP/071/260905/28 B ✓

28/08 - 12.00 h

GLM Nº

A PEDIDO

EX OFFICIO

76

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

RH Nº

1 - NOME Maria Jose de Souza

2 - REGISTRO FUNCIONAL 587.311.6.01 3 - DATA DE NASCIMENTO 03/07/1953 4 - COR Parda 5 - SEXO Feminino 6 - ESTADO CIVIL Divorciada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL Rua Godoy Bueno, 4 A Jardim Santo Andre 8 - TELEFONE 6753 7956

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO Prof. Desenv. Infantil 10 - CATEGORIA FUNCIONAL Efetivo 11 - DATA DE INÍCIO NA FMSF 23/03/1988

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO CEI Jardim Adutora 13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO 16.80.176.3 14 - TELEFONE 6119 04 22

15 - LICENÇA MÉDICA INICIAL PRORROGAÇÃO 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 12/09/05 - 05 (Cinco dias)

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

NOME DO DEPENDENTE _____ GRAU DE PARENTESCO _____

26/09/2005 DATA Maria Jose Souza ASSINATURA DO SERVIDOR Luciana Simões T. Silva CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFE Dr. Eduardo Rodrigues de Melo

B - QUESTÕES A CARGO DO MÉDICO PERITO

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

PARECER CONCLUSIVO CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA

FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 60 DIAS DE LICENÇA

2 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA RESAT HSPM COMUNITAR OUTROS

3 - ENDEREÇO COM REFERÊNCIA: _____

4 - LICENÇA EX-OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO DATA _____

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.583/73

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 MOLESTIA

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

28/08/05 DATA Dr. Eduardo Rodrigues de Melo CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO Neurologia CRM 61190

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

RECONSIDERAÇÃO APOS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUIMOS QUE: A LICENÇA FOI MANTIDA A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE / / ARTIGO

RECURSO APOS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUIMOS QUE: A LICENÇA FOI MANTIDA A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE / / ARTIGO

CARIMBO DO MEDICO FERITO

ATENÇÃO

APRESENTAR-SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E FOTO

TRATANDO-SE DE DEPENDENTE APRESENTAR DOCUMENTO COMPROVANTE DE PARENTESCO

CARIMBO, ASSINATURA DA CHEFE E SENHA NAZ TRÊS VÍZ.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE

DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA _____

1º VÍZIO RESAT 2º VÍZIO - C. PROTESTO 3º VÍZIO - UNIDADE DO SERVIDOR