

OK.

São Paulo, 12 de Fevereiro de 2003

À

PORTO SEGUROS CIA. DE SEGUROS GERAIS

AT.: DEPTO. DE SINISTRO --

REF.: SIN 0226/03-SIND. SERV. PÚB. MUN. DE SÃO PAULO SUB 51.382  
MARIA LUCIA DE ANGELO SALES ( Complemento )

- Segue em anexo, documentos referente ao sinistro supra;

- Cópia de Solicitação de Perícia Médica

Atenciosamente,

  
VERTCON SEGUROS

PORTO SEGURO  
Cia. de Seguros Gerais  
18 FEV. 2003  
DEPTO. SINISTRO DE PESSOAS  
- M A T R I Z -

data do cheque: 19/03/03  
valor de: R\$ 250,00  
papel com Comanda (pilha)  
16:45 19/03



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº

- A PÉDIDO
- EX OFFICIO

RH Nº

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

1 - NOME: Maria Regina de Angelis Ino

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 617 125 000 3 - DATA DE NASCIMENTO: 14/09/58 4 - COR: branca 5 - SEXO: feminino 6 - ESTADO CIVIL: casada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: rua do General nº 3875 8 - TELEFONE: 3602-8567

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: 234 242 7 10 - CATEGORIA FUNCIONAL: epitaxio 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSF: 11/06/92

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: epitaxio 13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO: 154-605-8 14 - TELEFONE: 360-3374

15 - LICENÇA MÉDICA:  INICIAL  PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS: 05/10/03 7 dias

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

NOME DO DEPENDENTE: C. ENAU DE ALVES De Menezes Greenhalg  
R. Francisco Patti, 375 - V. São Francisco  
Fone.: 3768-5894

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO SERVIDOR: [Signature] CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA: Maria de Fatima Alves RF 611 531 40

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 05 DIAS DE LICENÇA

3 - HÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME AO TÉRMINO DESTA LICENÇA?  
 SIM  NÃO

4 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA  
 DEMED  HSPM  DOMICILIAR  OUTROS

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 A GESTANTE - ARTIGO 148  
 LICENÇA COMPULSÓRIA - ARTIGO 157  
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL, REFERENTE AO ACIDENTE DE \_\_\_\_\_ C.A.P. Nº \_\_\_\_\_ - ARTIGO 160

ALTA MÉDICA:  SEM SEQÜELA  COM SEQÜELA

1ª VIA - DEMED 2ª VIA - CADASTRO/HRH 3ª VIA - UNIDADE DO SERVIDOR

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

CID \_\_\_\_\_ CRM 259545 DATA 13/01/03

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO: [Signature] RF 611 531 40

**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  CONFIRMADO  ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DIAS A PARTIR DE \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ CARIMBO E ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Porto Seguro Cia de Seguros Gerais  
 Av. Rio Branco, 1489 CEP 01206-001  
 São Paulo SP FAX: (011) 223-7844  
 TEL: 224413 2210111 TELEX: 22112  
 C.G.C.: 61.981.84/0001-60



EMPRESA	SUC	RAMO	APOLICE	ITEM	SIN.MATRIZ/ANO	VISTORIA	TP
	22	93-00	14030		000226/03	/	07
VALOR LIQUIDO		FAVORECIDO					
600.00		MARIA LUCIA DE ANGELO SALES					

TIPO DE OPERACAO: 01-PAGAMENTO SEGURADO

VALOR BASICO: 600.00

SEGURADO/ESTIPULANTE: MARIA LUCIA DE ANGELO SALES  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PAULO

INDENIZACAO RELATIVA A: 12 DIARIAS X R\$ 50,00 = R\$ 600,00  
 BENEFICIO DE 01.01 A 12.01.2003

CONDICIONAMENTO

MESSAGEM

TERMO DE QUITACAO  
 O abaixo assinado, na qualidade de faveora PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS, a imp NIZACAO FINAL, em razao das "diarias de acima citada, alusivo ao sinistro supracit Com o presente instrumento de recebimento, SEGUROS GERAIS, PLENA, GERAL E IRREVOGAVEL QUITACAO, para nada mais reclamar sob todos e quaisquer pretextos, a qualquer tempo, em Juizo ou fora dele.



**IMPORTANTE**

**SR. CORRETOR,**  
 É IMPRESCINDIVEL A DEVOLUÇÃO DO RECIBO, DEVIDAMENTE ASSINADO PELO FAVORECIDO (ASSINADO/CARIMBADO Quando tratar-se de pessoa jurídica) DENTRO DE 5 (CINCO) DIAS.

A/C DO CONTROLE FINANCEIRO  
 RUA GUAIANAZES, 1238 - 11ª. AND. SÃO PAULO - S.P.  
 00324.01.071

OP/NUMERO	DIEMISSAO	LOCAL	CORRETOR
035681/03	31/01/03	CAIXA	VERTCON ADM CORRETORA DE SEGUR LI731J

LOCAL E DATA \*\*\* VISTO ELETRONICO (03) \*\*\* 008877 ASSINATURA

Comp. Banco Agência C1 Conta C2 Cheque nº C3 R\$ \*\*\*\*\*600.00  
 018 033 0239 ( ) 6 15 00001 1 1 (MFM) 012994 1

Pague-se por esta cheque a quantia de SEISCENTOS REAIS \*\*\*\*\*

a MARIA LUCIA DE ANGELO SALES não à ordem  
 129 São Paulo 03 de Fevereiro de 2003

Banco do Estado de São Paulo SA **banespa**  
 CAMPOS ELISEOS  
 R. CONSELHEIRO NEBIAS 1215  
 SAO PAULO SP  
 CLIENTE DESDE 09/1992

PORTO SEGURO CIA DE SEGS GERAIS  
 Porto Seguro Cia de Seguros Gerais  
 Av. Rio Branco, 1489 CEP 01206-001 São Paulo SP

Chq: 12994 Doc. Ref.: 356812003 Org.: 3 Tip. Dsp: 19 Destino: CAIXA

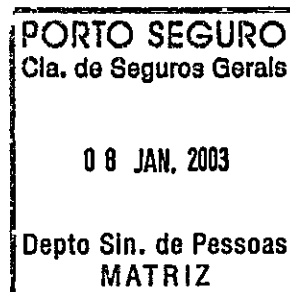
06/02/03

PFYXESYSTEMAEMSTRONVENKXVF1070ENY - PYZXESYSTEMAEMSTRONVENKXVF1070ENY - AGO/01 - IMPRESSO PELO SISTEMA LASER

São Paulo, 06 de Janeiro de 2003

À

**PORTO SEGUROS CIA. DE SEGUROS GERAIS**



**AT.: DEPTO. DE SINISTRO -**

**REF.: SINISTRO- SIND. SERV. PÚB. MUN. DE SÃO PAULO SUB 51.382  
MARIA LUCIA ANGELO SALES**

Segue em anexo, documentos referente ao sinistro supra;

- Aviso de Sinistro
- Cópia do CAT ( Comunicação de Acidente de Trabalho )
- Cópia de Relatório de Atendimento à Vítima
- Cópia de Solicitação de Perícia Médica ( 03)
- Cópia de Holerite de Pagamento
- Cópia de CPF e RG da segurada

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
**VERTCON SEGUROS**



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

## INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR: Prefeitura Municipal de São Paulo

APÓLICE Nº: \_\_\_\_\_

SEGURADO: Maria Lucia de Angelo Sales

DATA NASCIMENTO: 14/08/1958

PROFISSÃO: adv. tit. em. for.

ESTADO CIVIL: casada

SINISTRO DE:  MORTE  INVALIDEZ  D.M.H.  D.L.T. CAUSA:  NATURAL - DOENÇA  ACIDENTE

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_

ULTIMO DIA DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ULTIMO 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 Lucia de Angelo Sales

DATA NASCIMENTO: 14/08/1958

PROFISSÃO: adv. tit. em. for.

TELEFONE: 3603-8567

ENDEREÇO: Av. Edmund de Amaral nº 3875

CIDADE: São Paulo

ESTADO: S.P.

DATA DO ACIDENTE: 12/02

HORAS: 15:30

LOCAL DO ACIDENTE: Estação de trem Baraúna

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Quando as impressões do CAT

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

OU DUAS) PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU QUE SOCORRERAM O SEGURADO:

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.L.T.

PELA PRESENTE, COMUNICO À PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS O SINISTRO OCORRIDO COM O SR.(A) \_\_\_\_\_ NO DIA \_\_\_\_\_

NESTA OPORTUNIDADE, AUTORIZO A COMPANHIA SEGURADORA ATRAVÉS DE SUA ASSESSORIA MÉDICA, A OBTER DE TODOS 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.

São Paulo 06/01/03

LOCAL E DATA

*[Assinatura]*

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
 COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO - CAT

(A EMISSÃO DESTES COMUNICADO NÃO IMPORTA RECONHECIMENTO DO NEXO CASUAL)

PROCOLO DE DEMED.  
 Nº 007181202/196  
 DATA 1 / 1 /

A) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

RF 6471358-02  
 NOME: Mario Lucio de Angelo Sahn  
 CARGO OU FUNÇÃO: Dirutor de Equipamentos Social PADRÃO REFERENCIA: OPPO6A IDENTIDADE - RG: 12.950.372-1  
 CATEGORIA FUNCIONAL: chativa COD. ENDEREÇAMENTO: 16426058 HORARIO DE TRABALHO: 17:00 as 15:30 SEXO: feminino EST. CIVIL: casado DATA DE NASCIMENTO: 14/08/58  
 END. RES. AV: Edmundo de Amaral Bler / Met 06 / 114 Nº 3875 ANDAR: 1º  
 CIDADE: Osasco UF: SP CEP: 06230-150 TEL: (011) 3603-8567

B) IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE LOTACÃO

SECRETARIA: Secretaria Municipal de Educação DEPTO.: SME  
 DIVISÃO: Núcleo de Ação Educative SEÇÃO: NAE - 12  
 END.: Francisco Patti Nº: 375 TEL: ( )

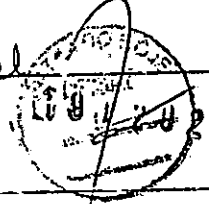
C) INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

LOCAL: Estação de Trem Barro Fundo Nº: ( ) BOLETIM DE OCORRENCIA: ( )  
 CIDADE: São Paulo UF: SP CEP: ( ) B.O. Nº: ( )  
 DATA DO ACIDENTE: 17 / 12 / 02 HORA: 15:30 DIA DA SEMANA: terça DISTRITO: ( )  
 OCUPAÇÃO ABITUAL: Dirutor Equipamentos Social OCUPAÇÃO NA HORA DO ACIDENTE: Dirutor eq. social

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE  
As embarcar no trem metropolitano estação Barro Fundo, a servidora caiu da plataforma (vão entre plataforma e trem) ferindo a perna e o braço.

A servidora retornou do Hospital do Servidor Público Municipal

PARTES DO CORPO ATINGIDAS  
Perna Direita e braço esquerda



TESTEMUNHAS

1) TEL. ( ) RG ( )  
 END. Nº ( )  
 CIDADE UF CEP ASSINATURA ( )

2) TEL. ( ) RG ( )  
 END. Nº ( )  
 CIDADE UF CEP ASSINATURA ( )

D) INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA: ( )

INÍCIO DA DOENÇA: 1 / 1

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DA DOENÇA: ( )

NOME E ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO: SVELI CHAVES EGUCHI  
 DATA DE EMISSÃO: 18 / 12 / 2002  
 NOME E ASSINATURA DO SERVIDOR OU PREPOTO: [Assinatura]

Sveli Chaves Eguchi  
 Supervisor Escolar  
 RG 4.711.5593 - RF 591.211.508



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº

A PÉDIDO

EX OFFICIO

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

RH Nº

1 - NOME: Maria Klucia de Cezarino Leite

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 347.155.002

3 - DATA DE NASCIMENTO: 19/08/58

4 - COR: Branca

5 - SEXO: Feminina

6 - ESTADO CIVIL: Casada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua Amaraal 3.875

8 - TELEFONE: 3603-8567

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: 2370107

10 - CATEGORIA FUNCIONAL: Especial

11 - DATA DE INSCRIÇÃO NA PMSF: 06/19/92

12 - UNIDADE DE LOTÇÃO: UBS de Alcayssio M. Quintal

13 - CÓDIGO DE ENDETERECAMENTO: 1642 6058

14 - TELEFONE: 3768-3894

15 - LICENÇA MÉDICA

INICIAL

PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS

17/12/02 10 dias

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE:

AO SERVIDOR

A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE

GRAU DE PARENTESCO

DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFE

Selma Ferro da Silva Barros  
Serviços Técnico-Educacionais  
RG: 7.887.091-4 / RE: 515.468.8.00

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 07 DIAS DE LICENÇA

3 - HÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME AO TÉRMINO DESTA LICENÇA?

SIM  NÃO

4 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA

DEMED  HSPM  DOMICILIAR  OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS:

06a 12/1/03

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 A GESTANTE ARTIGO 146

LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157

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

ALTA MÉDICA:  SEM SEQUÊLA

COM SEQUÊLA

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

CID

CRM: 36974

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

TRAJANO RIBEIRO FILHO  
MÉDICO  
RE: 541.73 - CRM 33.475

ATENÇÃO

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

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

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO

CONFIRMADO

ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

DATA

CARIMBO E ASSINATURA

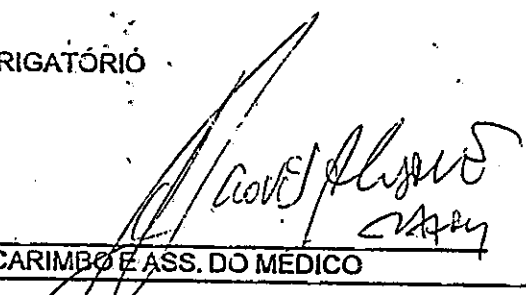



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA  
DE ACIDENTE DE TRABALHO

Laudo de Exame Médico

R E C E P Ç Ã O	NOME DO PACIENTE: <u>Maria Lucia de Angelo Sales</u>
	NOME DA EMPRESA: <u>Prefeitura Municipal de São Paulo</u>
	DATA DO ATENDIMENTO: <u>17/12/2002</u> HORÁRIO: <u>16:35</u>
	F.O. Nº: <u>260</u> ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: <u>[Signature]</u>

M É D I C O	DIAGNÓSTICO E LOCAL DA LESÃO: <u>Falta para de trabalho de seu fone</u>
	CONDUTA MÉDICA: <u>Continua a trabalhar</u>
	DEVERÁ A VÍTIMA FICAR AFASTADA DO TRABALHO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	TRATAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> AMBULATORIAL <input type="checkbox"/> HOSPITALAR
RELATÓRIO MÉDICO SEPARADO, OBRIGATÓRIO	
 CARIMBO E ASS. DO MEDICO	

S E R V I Ç O  S O C I A L	DATA DO ACIDENTE: <u>17/12/2002</u>
	O ACIDENTE É: <input type="checkbox"/> TÍPICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAJETO <input type="checkbox"/> DOENÇA OCUPACIONAL
	DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: <u>E estava indo para o trabalho e foi empurrada para trás na linha do trem; sofrendo ferimentos</u>
	O SEGURADO DEVERÁ SER ENCAMINHADO AO POSTO DO INSS MAIS PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA, COM OS SEGUINTE DOCUMENTOS:
	CAT COM 06 (SEIS) VIAS;
	CARTEIRA PROFISSIONAL;
LEM - LAUDO DE EXAME MÉDICO;	
O PRAZO SERÁ DE 24 HORAS A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE.	
 ASSINATURA ASS. SOCIAL	





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº

A PEDIDO

"EX-OFFÍCIO"

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

SENHA

1 - NOME

Maria Rucia de Almeida Sales

2 - REGISTRO FUNCIONAL

14725202

3 - DATA DE NASCIMENTO

14/05/58

4 - COR

branca

5 - SEXO

F

6 - ESTADO CIVIL

casada

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua ...

8 - TELEFONE

...

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO

23410437

10 - CATEGORIA FUNCIONAL

...

11 - DATA DE INÍCIO NA PMS

11/01/92

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO

CEL ...

13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO

12120000

14 - TELEFONE

...

15 - LICENÇA MÉDICA

INICIAL

PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS

17/11/02 - 40 dias

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE:

AO SERVIDOR

A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE

GRAU DE PARENTESCO

DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

CARIMBO E ASSINATURA DA CHERIA

*Julio Augusto Chaves Eguchi*  
Supervisor Escalar  
1175389 - RF 531211588

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

FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE

10 DIAS DE LICENÇA

(10 dias) DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA

DEMED

HSPM

DOMICILIAR

OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS

27/12 = 5/1/03

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 MOLÉSTIA 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

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

TRAJANO RIBEIRO FILHO  
12/12/02  
CRM 33.475

RECONSIDERAÇÃO

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

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

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 DE-

PENDENTE, APRESENTE

DOCUMENTO COMPROBA-

TÓRIO DE PARENTESCO.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO

CONFIRMADO

ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

( ) DIAS A PARTIR DE

DATA

CARIMBO E ASSINATURA

CHAMADA MÉDICA DO DOENTE

VIA DE CÉDULA Nº 12 DRU 3ª VIA UNIDADE DO SERVIDOR



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM.Nº

A PEDIDO

EX-OFFICIO

0071812021896  
SENHA

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

1 - NOME: Mário Lucio de Angelo Sales

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 6471.358.02 | 3 - DATA DE NASCIMENTO: 14/08/58 | 4 - CDR: branco | 5 - SEXO: feminino | 6 - ESTADO CIVIL: casado

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: Av Edmundo de Azevedo nº 3875 | 8 - TELEFONE: 3603-8567

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: 234.043.2 | 10 - CATEGORIA FUNCIONAL: ativo | 11 - DATA DE INICIO NA PMSF: 14/06/92

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: rei Aloisio M. Grembali | 13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO: 16426058 | 14 - TELEFONE: \_\_\_\_\_

15 - LICENÇA MÉDICA:  INICIAL  PRORROGAÇÃO | 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS: 24/06/02 - 30 dias

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

NOME DO DEPENDENTE: \_\_\_\_\_ GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO SERVIDOR: [Signature] CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA: [Signature] **Sueli Chaves Eguchi** Supervisor Escolar Nº 551.211.500

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  
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE \_\_\_\_\_ DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA  
 DEMED  HSPM  DOMICILIAR  OUTROS  
ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS: De 17 a 26.12.02

4 - LICENÇA EX-OFFICIO 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 143  
 LICENÇA À GESTANTE - ARTIGO 148  
 LICENÇA COMPULSORIA - ARTIGO 157  
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE 17/12/02  
C.A.P. Nº \_\_\_\_\_ ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM DOM  
CID: \_\_\_\_\_ CRM: 490024 DATA: 19.12.02

MARIA CRISTINA DE O. IZAR  
R.F. 568.203 - CRM. 93.924  
CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

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 \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

CARIMBO DO MÉDICO PERITO \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

CARIMBO DO MÉDICO PERITO \_\_\_\_\_

ATENÇÃO

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

⇒ TRATANDO-SE DE DEPENDENTE, APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATORIO DE PARENTESCO.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO  CONFIRMADO  ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER: 10 dias DIAS A PARTIR DE 17/12/02

DATA: 19.12.02

MARIA CRISTINA DE O. IZAR  
R.F. 568.203 - CRM. 93.924  
DESAT - SGP  
CARIMBO E ASSINATURA

1 - VIA ORDEM DO SERVIDOR



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

C.G.C. 46.392.130/0003-80

REFERÊNCIA  
10/02

DEMONSTRATIVO  
77.599-1

NOME: MARIA LUCIA DE ANGELO SALES REGISTRO FUNCIONAL: 647135.8.01

CATEGORIA: EFETIVO CARGO / FUNÇÃO: PROF TIT ENS FUND I CAT 3 234.043.7 PADRÃO: QPE16B

TIPO DE PENSÃO: BANCO: BRASIL AGENCIA: 0637, 8 CONTA: 000002974, 2 COD. ENDEREÇAMENTO: 16.42.203

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMEAÇÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	VENCIMENTOS	DESCONTOS
0002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	60	2.034,97	
0009	GRATIFICACAO EFICIL/ACESSO	30	66,81	
0041	ADICIONAL 1 QUINQUE ANO	30	31,60	
0143	AUXILIO-REFEICAO	23	166,52	
3016	LICENCA SEM VENCIMENTOS	30		663,79
3042	IMPOSTO DE RENDA NA FONTE	0		50,71
	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM			
6013	04-CONTRIBUICAO	0		106,65
8013	04-CONTRIBUICAO	0	33,18	
	HOSP. SERVIDOR PUBLICO MUNIC.			
6015	06-CONTRIBUICAO	0		42,08
	PORTO SEGURO - SEGUROS GERAIS			
6029	SEGURO DE VIDA - GRUPO	0		22,50
	SIND. PROF. FUNC. MUN. - APROFEM			
6071	66-MENSALIDADE	0		6,49
	SINPEEN-SIND. PROF. ED. ENS. MUN			
6073	66-MENSALIDADE	0		6,32
	CAIXA ECONOMICA FEDERAL			
6098	EMPRESTIMO PESSOAL	0		317,08
	BANCO SCHAHIN S/A			
6100	EMPRESTIMO PESSOAL	0		129,10

COMPROVAÇÃO EVENTO  
14 NOV 2002  
APROFEM

TOTALS	2.333,08	1.344,72
		988,36

MENSAGEM  
APOSENTADOS P/SUA CONCORDIADE MANTENHA SEU ENDEREÇO ATUALIZADO NA PMSP TEL 38881066/1249 DAS 9 AS 16:00 HS. DRH-STA

O ALGARISMO DO MILHAR DOS CÓDIGOS DE PAGAMENTO / DESCONTOS REFERE-SE A :  
 0 - PAGAMENTO DO MÊS                      3 - DESCONTO DO MÊS                      6 - DESCONTO DO MÊS CONSIGNATÁRIOS  
 1 - PAGAMENTO DE MESES ANTERIORES    4 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES    7 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES CONSIGNATÁRIOS  
 2 - ESTORNO DE DESCONTO                  5 - ESTORNO DE PAGAMENTO                  8 - ESTORNO DE CONSIGNAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

12.950.372

MARIA LUIZA DE ANGELO SALES

ANGELO SALES

JORGINA FERREIRA ANGELO

OSASMO SPINELLI

OSASMO

GEILDO BOZANES

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIN 7118 DE 21/03/53

DATA DE EMISSÃO 11/ABR/53

EXPIRAÇÃO 11/ABR/58

VALOR DA QUOTA 14.000/1958

ASSINATURA DO DETENTOR

OSASMO SPINELLI

OSASMO

GEILDO BOZANES

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIN 7118 DE 21/03/53

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO DETENTOR

OSASMO SPINELLI

OSASMO

GEILDO BOZANES

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIN 7118 DE 21/03/53

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO DETENTOR

OSASMO SPINELLI

OSASMO

GEILDO BOZANES

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIN 7118 DE 21/03/53

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO DETENTOR

OSASMO SPINELLI

OSASMO

GEILDO BOZANES

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIN 7118 DE 21/03/53