



VERTCON ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA.
 SÃO PAULO - Rua Tabatinguera, 83 - Centro - Cep 01020-001 - Central Telefônica / Fax: 32422422
 RIBEIRÃO PRETO - Rua Florêncio de Abreu, 681 - Cj. 201 - Centro - Cep. 14015-060 - Tels: (16) 632.0203 - Fax: (16) 632.1329
 RIO CLARO - Rua 18, nº1624 - Bairro Cidade Claral - Cep 13503-093 - Tel/Fax: (19) 524.9855
 SANTOS - Rua Monsenhor da Paula Rodrigues, 66 - V. Mathias - Cep 11075-350 - Central Telefônica / Fax: (13) 3224.2038
 S. JOSÉ DO RIO PRETO - Rua Minas Gerais, 151 - Bom Jesus - Cep 15014-210 - Fone/Fax: (17) 234.6641
 JUIZ DE FORA - Av. Br. de Rio Branco, 2721 - Loja 102 - Centro - Cep 36010-012 - Fone/Fax: (32) 3212.5474- 32177124

vertcon@uel.com.br

RECIBO Nº 3702

R\$ 2.000,00

Recebemos de Vertcon Adm e Corret de Segs Ltda

a importância de Dois Mil Reais

Referente à pagamento da indenização de
Acidentes pessoais, conforme processo
em poder da Contadora

Para maior clareza, firmo o presente recibo

5. Substancia 14 Julho de 2003

Milanez Gomes da Silva

Comp. 008	Banco 033	Agência 0105	C1 Conta 02261	C2 (OFH) 510561	C3 R\$ 2.000,00
Pague-se por este cheque a quantia de <u>DOIS MIL REAIS</u>					
a <u>MILANEZ GOMES DA SILVA</u> ou à sua ordem					
SAQUE ESPECIAL <u>S. PAULO 08 de Julho de 2003</u>					
Banco do Estado de São Paulo SA			banespa		
MOEMA AV. IBIRAPUERA 1994 SAO PAULO SP			0488		
VERTCON ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA 01729379/0001-38 CLIENTE DESDE: 05/1997 0180435130022644510564VERTCON ADMINISTRADORA E CORRETO1729379/0001-38					
⑈3304355⑈ 0185105645⑈ 9000130226442⑈					



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO

UNIDADE _____ MATRÍCULA _____
NOME DO PACIENTE MILANESZ GUILHERME DA SILVA LA
ENDEREÇO Endeavor

RELATÓRIO LAUDATÓRIO
RELATÓRIO LAUDATÓRIO
MÉDICO ENCAMINHADO
DO SINDICATO DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE SÃO
SEBASTIÃO SP.

VITIMA DE ATROPELAMENTO
LAMENTO EM 20/02/2012
SOFRIMENTO POR ATROPELAMENTO
FRATURA VERTEBRAL

DATA 20/02/12 ASSINATURA: UOLTEBORA VERTEBRAL
CARIMBO: UOLTEBORA VERTEBRAL

50 / 0 do coluna
DA COLUNA

intensas do ventre
lax. Após, para o

movimento sensitivo - incontinência (dor

crônica e fragilidade
de movimento me
da restrição ESTÁ

definitivamente
IMPOSSIBILIDADE

física para as
atividades

MANUTENÇÃO
S. Substituição 14.11.006

D. Nilson Theophilo de Oliveira
CRM 30557-SP
ORTOPEDIA

RECIBO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DE VIDA

SÃO PAULO, 12 de dezembro de 2006

SEGURADO: Milanez Gomes da Silva

SINISTRADO: O Mesmo

COBERTURA : IPA - Invalidez Total p/ acidente

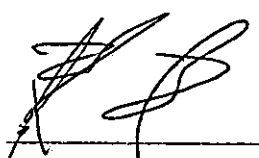
BENEFICIÁRIO : O Mesmo

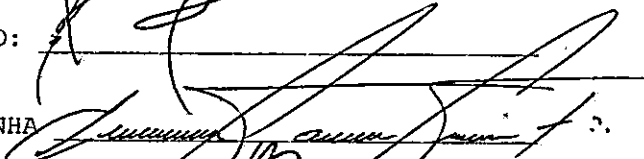
VALOR: R\$ 4.000,00 (QUATRO MIL REAIS)

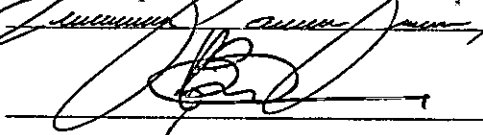
RECEBI DO VERTCON CLUBE DE SEGUROS A IMPORTÂNCIA MENCIONADA ACIMA
ATRAVÉS DO CHEQUE Nº000587 BANCO BANESPA, A TITULO DE PAGAMENTO
TOTAL E DEFINITIVO, EM RAZÃO DO SINISTRO OCORRIDO EM 31/12/02 COM
CONCESSÃO DE APOSENTADORIA EM 15/03/06.

COM O PRESENTE RECEBIMENTO DAMOS AO CLUBE VERTCON SEGUROS A PLENA,
GERAL E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO, PARA NADA MAIS RECLAMAR SOB TODOS E
QUAISQUER PRETEXTOS, A QUALQUER TEMPO, EM JUÍZO OU FORA DELE.

LOCAL E DATA: S. Leopoldina, 14 / Dezembro / 2006

ASSINATURA DO SEGURADO: 

ASSINATURA 1ª TESTEMUNHA: 

ASSINATURA 2ª TESTEMUNHA: 

16/11/06.

São Paulo, 7 de novembro de 2006

Ao
Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de São Sebastião

At. Sr. Presidente

20% DA IS PRINCIPAL.

Titular: Milanez Gomes da Silva

R\$ 4.000,00

Sinistrado: O Mesmo

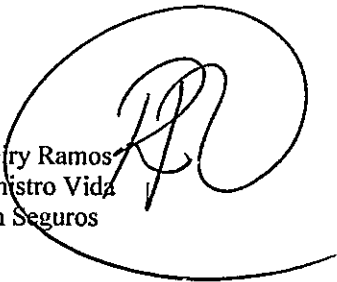
Tipo de Sinistro: IPA - Invalidez Total ou Parcial por Acidente

Para que possamos dar prosseguimento na análise do processo, solicitamos providenciar os seguintes documentos:

- Relatório médico ATUAL após término do tratamento com descrição detalhada de seqüelas e limitações com perdas funcionais em porcentagens.

T91-1 SEQUELAS DE FRACTURA
DE COLUNA VERTEBRAL
S12 S22-0 S22-1, S32-0, S32-7
T08

Rosimeiry Ramos
Ger. Sinistro Vida
Vertcon Seguros



IS 20.000,00.

PERDA TOTAL DO USO DE UM DOS MEMBROS

SUBSCRITO

13436



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO



UNIDADE _____ MATRÍCULA _____
NOME DO PACIENTE Milene Gomes de Silva 42
ENDEREÇO Conto da Ilha

A UJO

(Paciente médica)
vítima de atropelamento
em um dia 2002
sobre pista asfaltada
VERT. de L3 e um bloco
de + de 10% de torção
interna. Hoje a mesma
mostra sinais de
hemorragia e protuberância
invernal. físico normal

DATA 07.1.2015

ASSINATURA: [Signature]
CARIMBO: [Stamp]

RECIBO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DE VIDA

SÃO PAULO, 12 de dezembro de 2006

SEGURADO: Milanez Gomes da Silva

SINISTRADO: O Mesmo

COBERTURA : IPA - Invalidez Total p/ acidente


BENEFICIÁRIO : O Mesmo

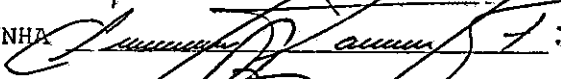
VALOR: R\$ 4.000,00 (QUATRO MIL REAIS)

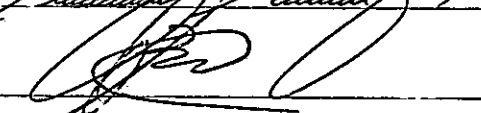
RECEBI DO VERTCON CLUBE DE SEGUROS A IMPORTÂNCIA MENCIONADA ACIMA
ATRAVÉS DO CHEQUE N°000587 BANCO BANESPA, A TÍTULO DE PAGAMENTO
TOTAL E DEFINITIVO, EM RAZÃO DO SINISTRO OCORRIDO EM 31/12/02 COM
CONCESSÃO DE APOSENTADORIA EM 15/03/06.

COM O PRESENTE RECEBIMENTO DAMOS AO CLUBE VERTCON SEGUROS A PLENA,
GERAL E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO, PARA NADA MAIS RECLAMAR SOB TODOS E
QUAISQUER PRETEXTOS, A QUALQUER TEMPO, EM JUÍZO OU FORA DELE.

LOCAL E DATA: S. Sebastiao, 14 / Dezembro / 2006

ASSINATURA DO SEGURADO: 

ASSINATURA 1ª TESTEMUNHA: 

ASSINATURA 2ª TESTEMUNHA: 

RECIBO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DE VIDA

SÃO PAULO, 12 de dezembro de 2006

SEGURADO: Milanez Gomes da Silva

SINISTRADO: O Mesmo

SINISTRO: VIDA EM GRUPO

BENEFICIÁRIO : O Mesmo

VALOR: R\$ 4.000,00 (QUATRO MIL REAIS)

RECEBI DO VERTCON CLUBE DE SEGUROS A IMPORTÂNCIA MENCIONADA ACIMA ATRAVÉS DO CHEQUE N°000587 BANCO BANESPA, A TITULO DE PAGAMENTO TOTAL E DEFINITIVO, EM RAZÃO DO SINISTRO OCORRIDO.

COM O PRESENTE RECEBIMENTO DAMOS AO CLUBE VERTCON SEGUROS A PLENA, GERAL E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO, PARA NADA MAIS RECLAMAR SOB TODOS E QUAISQUER PRETEXTOS, A QUALQUER TEMPO, EM JUÍZO OU FORA DELE.

LOCAL E DATA: _____, ____/____/____

ASSINATURA DO SEGURADO: _____

ASSINATURA 1ª TESTEMUNHA _____

ASSINATURA 2ª TESTEMUNHA _____

Comp. Banco Agência C1 Conta C2 (OFFH) Cheque N° C3 R\$
018 033 0435 6 13 03055 5 3 000587 8
018 033 0435 6 13 03055 5 3 000587 8

Pague por este cheque a quantia de QUATRO MIL REAIS

WILMAUZ GOMES DA SILVA e centavos acima.

S. Paulo, 12 de Dezembro de 2005

MOEMA
AV. JACAPUERA, 1994
SAO PAULO SP 0435



VERTON CLUBE DE SEGUROS
07083281/0001-32

CLIENTE BANCARIO DESDE: 04/2005



SANTA CASA BORACAO DE JESUS

Requisicao:092850 Dgt.Emi.: 20/07/2004 Ho.Emi.: 10:03

Tip.Atend.:Externo Num.Atend.:07999999 Conv:SIA - SUS AMBULATORIO
Setor :EX - EXTERNO Clinica/Equipe:003 - CLINICA MEDICA
Tecnico : 08 - GILBERTO
Paciente :MILANEZ GOMES DA SILVA - 0022487/00E ID:46a SEX
Medico :030607 - NILSON THEOFILO DE OLIVEIRA

SETOR DE RAIO X

RESULTADO

EXAME : 0105 COLUNA VERT LOMBO SACRA 02 PROJECCOES

Textura ossea normal. /

Fratura/acunhamento anterior do corpo vertebral L3. /

Pediculos vertebrais normais. /

Espacos discais conservados. /

EXAME : 0107 OMBRO ESQUERDO 02 PROJECCOES

Textura ossea normal. /

Imagem sugestiva de fratura da tuberosidade maior do umero.

Correlacionar clinicamente.

UMERO = OSSO DO BRAÇO QUE VAI DO
OMBRO AO COTOVELO

CRM : 075525 - MARCELO COBRA HILARIO
RADIOLOGISTA



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO



UNIDADE _____ MATRÍCULA _____
 NOME DO PACIENTE Millonez Tereza do Filho 43
 ENDEREÇO 3 USO

As
 Sofreu abruptamente
 em vis. públicas dia
 31.12.2002.

apresenta FRATURA
 NA PO VERTEBRAL L₃ com
 L₃ C₁ - 30% de
 contagem anterior
 Tratamento mediante ca-
 tese de torção (whipl)
 por 90 (noventa) dias

DATA 15, I, 2003

ASSINATURA:

CARIMBO:

Dr. Nelson Theophilode Oliveira
 CRM 30607-SP
 ORTOPEDIA

V07/07/06

São Paulo, 5 de julho de 2006

À
MITSUI SUMITOMO SEGUROS

AT. DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

ESTIPULANTE: 19301891 – VERTCON CLUBE DE SEGUROS

SUB. ESTIPULANTE N.º 1979 – SIND SERV PUB MUN DE SÃO SEBASTIÃO

MILANEZ GOMES DA SILVA - IPA

Data da Concessão 15/03/06

DATA DO EVENTO 31/12/02.

DIT PAGO PELA CORRIGTORA

Segue anexo documentos abaixo relacionados para análise do referido sinistro:

- Aviso de Sinistro;
- Relatório Médico;
- Autorização de Pagamento;
- Cópia Autenticada Ficha de Tratamento do Acidentado do Trabalho;
- Cópia Autenticada Cartão de Consulta do Acidentado;
- Cópia Autenticada do Resultado de Avaliação Pericial;
- Cópia Autenticada do Laudo Médico ao INSS;
- Resultado de Exame: 03 Filmes de RX;
- Cópia Autenticada de RG e CPF;
- Cópia da Carta de Concessão de Aposentadoria.

20.000,00

AGUARDAR

CARTA DE CONCESSÃO

SOLICITEI EM 06/10/06.

CARTA ENVIADA OK.

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

SOLICITADO EM 26/10/06 RELAT MED. INFORMANDO

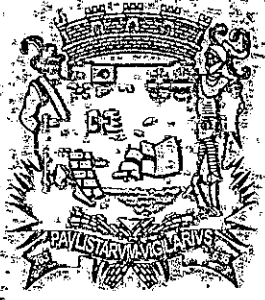
PERCENTUAL DE INVALIDEZ.

INFORMADO PELO MESMO IMOBILIDADE COLUMNA

VERTEBRAL (L4/L5/R)

Atenciosamente,

Rosimeiry Ramos
Ger. Sinistro Vida



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

ESTÂNCIA BALNEÁRIA
ESTADO DE SÃO PAULO

DECRETO

Nº 3399/2006

"Dispõe sobre aposentadoria de servidor."

Dr. JUAN MANOEL PONS GARCIA, Prefeito de São Sebastião, no exercício de suas atribuições legais, e

Considerando, o requerido através do Processo Administrativo nº 14.234, de 30/09/2005, em nome do servidor público municipal Sr. Milanez Gomes da Silva, matrícula n.º 3436-3, na conformidade do Artigo 40 da Constituição Federal.

Considerando, a Ata de Reunião do Conselho do FAPS, lavrada no dia 14/02/2006, assinada pelos conselheiros presentes, deferindo a aposentadoria requerida na forma da Lei e anexada no Processo mencionado acima.

Considerando, que a aposentadoria decorre por invalidez por doença grave incurável, de acordo com o Artigo 40 da Constituição Federal,

DECRETA:

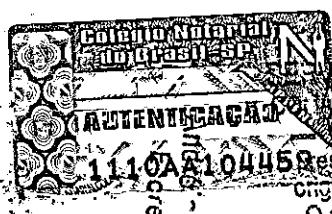
Artigo 1º - É declarado aposentado, nos termos da Lei, o servidor **MILANEZ GOMES DA SILVA**, do cargo de **OPERADOR DE MÁQUINA PESADA**, matrícula n.º 3436-3, referência VII "E", admitido 04 de julho de 1994.

Artigo 2º - Perceberá o servidor, proventos integrais pela média contributiva, limitada à referência do cargo, com reajuste pelo Regime Geral de Previdência Social.

Artigo 3º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01 de março de 2006, revogando-se as disposições em contrário.

São Sebastião, 15 de março de 2006.

Juan Manoel Pons Garcia
Dr. JUAN MANOEL PONS GARCIA
Prefeito
Registro em livro próprio, e publicado por afixação data supra.



OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL
CIRCUNSCRIÇÃO DE SÃO SEBASTIÃO - SP
AUTENTICAÇÃO
Presente fotocópia confere com a original que me foi apresentada:
O referido... lou fá.

Costa Neves Bertini
crevente Autorizada

São Sebastião, 10 OUT 2006
Em tes. *[Signature]* da verdade
Valor referenciado em R\$ *[Signature]*
Válido somente com selo de autenticação

AVISO DE SINISTRO
DMH - DESPESAS MÉDICAS
HOSPITALARES
DIT - DESPESAS DE INCAPACIDADE
TEMPORÁRIA

INVALIDEZ Permanente Por Acidente
VIDA EM GRUPO E/OU
ACIDENTES PESSOAIS
COLETIVO



Mitsui Sumitomo Seguros

Apólice _____ Estipulante Sindicato Serv. Pub. de São Sebastião
Segurado Luiz Carlos Gomes da Silva Profissão Op. de Fiação Idade 48
Endereço (rua, n.º, compl., bairro) Rua: Antonio Ovidio - 27 - Centro
Cidade Caraguatatuba Estado SP CEP _____ Telefone 3896 1545 TEL. _____
EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PREENCHER OS DADOS A SEGUIR. 9767-9648 SIND.

DADOS DO SINISTRO

Data _____ Hora _____ Local/Endereço _____ Em serviço? Sim Não

1. Descrever detalhadamente o acidente

Conforme Cart em Anexo
e laudo Médico.

2. Cite o nome e endereço de testemunhas que presenciaram o acidente ou viram o segurado após o acidente

Nome	Endereço
1º	
2º	

3. Nome do Médico e do hospital que atendeu o Segurado na ocasião do acidente

Dra: Wilson Theophilo de Oliveira

4. Data em que procurou assistência médica pela primeira vez

31/12/2002

5. Houve boletim de ocorrência ou comunicação de acidente de trabalho?

Sim. Segur anexo.

6. Mantém seguro de Vida/Acidentes pessoais em outra Seguradora? Se sim, citar o nome.

não.

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E/OU DESPESAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
PREENCHER OS DADOS A SEGUIR..

1. O Segurado se encontra em plenas condições de trabalho? Caso negativo, favor informar o motivo.

não.

2. A partir de que data o segurado foi afastado de suas atividades?

31/12/2002, Após o Acidente.

3. O segurado se encontra em tratamento médico? A partir de que data?

Sim a partir 31/12/2002.

4. Existe a possibilidade de o Segurado voltar a exercer suas atividades e, em qual data?

não, conforme laudo Médico e Portaria

5. Qual a data em que foi dado entrada na documentação para a aposentadoria do Segurado pela Previdência?

14/02/2006, conforme Portaria 3399/2006.

Declaro sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Local e Data

Assinatura do Segurado

Assinatura do Estipulante

S. Santos 24/03/06

Sindicato
Serv. Publ. Municp
S. Sebastião

Fig. H
C.S. 7054

CÉDULA DE IDENTIDADE
NACIONALIDADE BRASILEIRA

MILANEZ GOMES DA SILVA

Antonio Pereira da Silva
Deilmira Gomes da Silva

Teofilo Otoni - MG - 01 agosto 1957

Original que
se encontra em
Arquivo do Cartório

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CIVIL - BRASIL

P.S.C. 40744

REPUBLICA DE BRASIL

SECRETARIA DE JUSTICIA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CIVIL

07
19

SERIE A

Nº 054469

com a
do fe

2761.188.01

16.08.1977

041.649.11

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CIVIL - BRASIL

AUTENTICACAO

Val
Válida

1110AA023721

Maria S. de
OFICIAL

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

COMPROVANTE DE INSCRICAO - CUIZ

01 - Cédula de 108.22860.11.6

02 - IDENTIFICACAO DO PARTICIPANTE

Nome: **MILANEZ GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: 01.08.57 | Data de Casamento: 01.08.75 | Sexo: Masculino Feminino

Nome do Alug: **DELMIRA GOMES DA SILVA**

03 - IDENTIFICACAO DO DOMICILIO BANCARIO

Nome do Banco: **CAIXA ECONOMICA FEDERAL**

Endereço da Agência: **SÃO SEBASTIAO SP**

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL
COM BANCARIA
ALTE
ICAÇÃO

A presente fotocópia confere com a original que se encontra em arquivo do referido cartório.

Atenção: Serpente é válida com o carimbo padronizado da Agência da CAIXA ECONOMICA FEDERAL - São Sebastião - SP - 11500-000

AUTENTICACAO

Val
Válida

1110AA023725

Maria S. de
OFICIAL DESIGNADA

Carimbo Padronizado Norma CSA/CIEF nº 0071

Banco/Agência



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

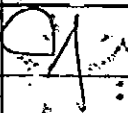
SECRETARIA DA SAÚDE
DIVISÃO DE MEDICINA DO TRABALHO

FICHA DE TRATAMENTO DO ACIDENTADO DO TRABALHO (FTA)

ACIDENTADO	NOME			DATA DO ACIDENTE	
	Milanys Gomes da Silva mat 3436.			31/12/02	
IDADE		SEXO	ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
45		M	casado	Operador máquina	
EMPRESA				ATIVIDADE PRINCIPAL	
Prefeitura municipal S.S.					
UNIDADE DE ATENDIMENTO				CÓDIGO DA UNIDADE	

1. HISTÓRICO DO ACIDENTE	
2. EXAMES E/OU PARECERES REQUISITADOS	
3. DIAGNÓSTICO	DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO
	<input type="text"/> DIAS
4. CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTES	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

EVOLUÇÃO / OCORRÊNCIAS / TRATAMENTO	DATA		RÚBRICA DO PROFISSIONAL
	DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	
CONTINUA EM ACOMPANHAMENTO / FASE ORTOPÉDICA -> DEVERÁ USAR COLETE POR 90 DIAS (PASSOU HOJE PARA D. NUNO)			
PRECISA NA USO 09/09/04 ORTO.	20.07.04		
Novo atropelamento (sic) caso necessita avaliação superior pela OASD.	5/10/4		
Estará apto em readaptação			
SFUI / DO CASO: AT OU NÃO ??			
AGUARDANDO DECISÃO DA NUNO DA USO	14.12.04		

EVOLUÇÃO / OCORRÊNCIAS / TRATAMENTO	DATA		RÚBRICA DO PROFISSIONAL
	DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	
El Tor' L 480	06		
em consequência das ações	07		
em relação às ações			
em fase de proteção			
o que - continua esta fase			
principal fôca básica			
em relação à prevenção			

REINÍCIO DE TRATAMENTO? SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>	LESÃO RESIDUAL? SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>	EMIÇÃO DE REMP? SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>
LOCALIDADE	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

OBS: ESTE É O PRONTUÁRIO DO ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO E DEVE EXPRESSAR TODA A ASSISTÊNCIA PRESTADA DO INÍCIO À ALTA, DEVE SER ENCAMINHADO AO FINAL DO TRATAMENTO NA UNIDADE PARA A DIVISÃO DE MEDICINA DO TRABALHO DA SECRETARIA DA SAÚDE, JUNTAMENTE COM A CÓPIA DA CAT



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

SECRETARIA DA SAÚDE
DIVISÃO DE MEDICINA DO TRABALHO

FICHA DE TRATAMENTO DO ACIDENTADO DO TRABALHO (FTA)

ACIDENTADO NOME: Melanez Gomes da Silva
IDADE, SEXO, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO
DATA DO ACIDENTE
TEMPO NA FUNÇÃO

EMPRESA
ATIVIDADE PRINCIPAL

UNIDADE DE ATENDIMENTO
CÓDIGO DA UNIDADE

1. HISTÓRICO DO ACIDENTE

2. EXAMES E/OU PARECERES REQUISITADOS

3. DIAGNÓSTICO
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO
DIAS

4. CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTES
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

Table with columns: EVOLUÇÃO / OCORRÊNCIAS / TRATAMENTO, DATA (DO ATENDIMENTO, DO PRÓXIMO ATENDIMENTO), RÚBRICA DO PROFISSIONAL. Contains handwritten notes and dates like 05.12.03 and 15.12.03.

OBSERVAÇÕES

- 1 - Este cartão é o comprovante de seu comparecimento e indica a data de seu retorno.
- 2 - Se você não comparecer na data marcada para seu atendimento, nem após três dias, será considerado o abandono do tratamento e o pagamento de seu auxílio-doença será suspenso.
- 3 - Verifique se o cartão está com assinatura e o carimbo do profissional de atendimento.

LESÃO RESIDUAL?	EMISSÃO REMP?
Sim - 1 <input type="checkbox"/>	Sim - 1 <input type="checkbox"/>
Não - 2 <input type="checkbox"/>	Não - 2 <input type="checkbox"/>

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



Prefeitura Municipal de São Sebastião
 Secretaria da Saúde
 Divisão de Medicina do Trabalho
 Cartão de Consulta do Acidentado
 (CCA)

Data do Acidente	Data do Início do Trabalho	Data da Alta
31/12/02	___/___/___	___/___/___
ACIDENTADO		
MILANEZ, GOMES DO SILVA		
EMPRESA		
Prefeitura Municipal de S. Sebastião		
UNIDADE DE ATENDIMENTO		
PS. Central		
NOME DO PROFISSIONAL DE ATENDIMENTO		
Dr. Nilson Theophilo de Oliveira		

SS - AT - 5 Ref. 246 - 02/02

DATA		Carimbo e assinatura do profissional de atendimento
Do Atendimento	Do Próximo Atendimento	
31.12.02	15.1.03	Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
15.1	15.1	Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
29.03.03	31.03.03	Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
31.03.03	30.04.03	Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
30.04.03	30.06.03	Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
30.06.03	31	Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
30.06.03	30.06.03	Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
15/7/03		IVAN DOS SANTOS OLIVEIRA Diretor Técnico - U.S.O Sec. Saúde - CRM 35016
25/02		Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
00/02		Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
07.06		Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
00/04		Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
20.07	20.07	Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA
00/07		Dr. Nilson Theophilo de Oliveira CRM 30607-SP ORTOPEDIA

Deverá o acidentado, durante o tratamento, afastar-se do trabalho?	Sim - 1 <input type="checkbox"/>	Não - 2 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	----------------------------------

NOME DO PACIENTE:

EXAMES SOLICITADOS

Resumo do Caso:
e Diagnóstico
Inicial.

Sabido informar
quando à evolução
dos problemas
do Sr. Milanez

Ivan
IVAN DOS SANTOS OLIVEIRA
Diretor Técnico
Secretaria de Saúde - CRM 35016

ENCAMINHADO POR:
240 Bts. - 100x1 - 1298

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

02/09/03

CONSULTA NA ESPECIALIDADE

DR. NILSON

Secretaria de Saúde e Promoção Social

R. Duque de Caxias, 391 - 1º Andar - Fones: 452-1744 / 452-1890
CEP 11600-000 - São Sebastião - SP

AGENDAMENTO



ROTINA



BREVE



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

SECRETARIA DA SAÚDE
DIVISÃO DE MEDICINA DO TRABALHO

FICHA DE TRATAMENTO DO ACIDENTADO DO TRABALHO (FTA)

ACIDENTADO	NOME <i>Milanez Gomes de Silva Mat. 3436</i>			DATA DO ACIDENTE <i>31/12/02</i>
	IDADE <i>45</i>	SEXO <i>M</i>	ESTADO CIVIL <i>Casado</i>	PROFISSÃO <i>Operador de máquina Pesada</i>
				TEMPO NA FUNÇÃO <i>10 anos</i>

EMPRESA <i>Prefeitura Municipal de São Sebastião</i>	ATIVIDADE PRINCIPAL _____
---	------------------------------

UNIDADE DE TRATAMENTO <i>P.S. Central</i>	CÓDIGO DA UNIDADE _____
--	----------------------------

1. HISTÓRICO DO ACIDENTE
*Atropelamento em via pública do
frente, região lumbos + incapacidade
por lombo dor e perda de sensibilidade*

2. EXAMES E/OU PARECERES REQUISITADOS
Exames de imagem para vert. Lumbosacral

3. DIAGNÓSTICO
*Doença por atropelamento do Torso
intusão vertebral L3*

DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO
[] DIAS

4. CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTES
nao

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL
[Assinatura]
CPF: _____

EVOLUÇÃO / OCORRÊNCIAS / TRATAMENTO	DATA		RÚBRICA DO PROFISSIONAL
	DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	
<i>Doença vert. lumbosacral L3 (torço ent. do tempo vert. da L3)</i>	<i>31</i>	<i>15</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>[Assinatura]</i>	<i>12</i>	<i>15</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>[Assinatura]</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>paciente white Dilefensado</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>[Assinatura]</i>
<i>pac ESTY individualmente aus doença no meu e não fez sinal e não e inter no meu tempo e não da doença de uma forma justa de Tênis</i>			

EVOLUÇÃO / OCORRÊNCIAS / TRATAMENTO	DATA		RÚBRICA DO PROFISSIONAL
	DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	
EM TRATA / ENTENDIMENTO - AGRUPAMENTO			
INICIA DO USUÁRIO DE COLUITE	06.02.03	03	
+ 30 (Trinta) dias	31.03	30.04	Dr. Nilton T. de Oliveira
Perícia na U.F.O. descontinua caso cl. serv. social	2003	2003	
não está usando o coluete no momentos deambulando depois de descompressão Resposta do médico	09/04	30/04	
ALÇA QUE FOI COLETA EM CASA EM VIRTUDE DAS INCOERÊNCIAS OBSERVADAS NA ANÁLISE DESTA ACIDENTE O CASO SERÁ DISCUTIDO NA CAAOS. Afastado até 30/6/03	2003	2003	Dr. Nilton T. de Oliveira PRF. 03.124.363/04 CRM 30407-3
PRF.: resposta relativa por mulher. Como m- fem ainda muita dor consequente deambulando e descompressão mais + 30 (Trinta) dias	30/06	31/06	
Afastado até 15/8/03.	2003	2003	
Afastado até 15/12/03 vai à subchocadeira	15/7/03		

REINÍCIO DE TRATAMENTO?	LESÃO RESIDUAL	EMIÇÃO DE REMP?
SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>	SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>	SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>
S. de Jhon A. 00		

LOCALIDADE

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

PARA WAGNER DE CARVALHO
FAX 12-38921545

DE VERTON SEGS LDA
TELFAX 11-32422422

BANCO NOSSA CAIXA S.A.
0001-9 MATRIZ
DEMONSTRATIVO DE DEPOSITO ELETRONICO

AGENCIA: 0188-4 CONTA: 01-200709-9
NOME: HILANEZ GOMES DA SILVA

NUMERO DO ENVELOPE	396715-0
VALOR EM CHEQUE	500,00
VALOR TOTAL DEPOSITO	500,00

ESTE DEPOSITO SERA EFETIVADO NO PROXIMO DIA
UTIL.

A EFETIVACAO NESTE DEPOSITO OCORRERA APÓS A
VALIDACAO DOS VALORES E CONTEUDO DO ENVELOPE,
PREVALECENDO PARA CREDITO O VALOR APURADO PELA
NOSSA CAIXA.

ESTE DEPOSITO SERA DEMONSTRADO NO COMPROVANTE
DE SALDO/EXTRATO DA CONTA.

ESTE DEMONSTRATIVO NAO VALE COMO RECIBO.

DATA: 28JUL2003 HORA: 16:12:40 NSU: 006896

Nossa Caixa
Banco Nossa Caixa S.A.

BANCO NOSSA CAIXA S.A.
RECIBO DE DEPOSITO 23Jul2003

AGENCIA: 0169-4 CONTA: 01-200709-9
NOME: HILANEZ GOMES DA SILVA

DINHEIRO	500,00
----------	--------

00000001 117 004864 500,00 ORD 028
0169 01-200709-9 0 00000-0 0008 000182 004864

Wagner de Carvalho
OT

2.000,00

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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR <i>2109 Suv. Fun. S. Sebastião</i>		APÓLICE Nº	
SEGURO	SEGURO	DATA NASCIMENTO <i>1/8/57</i>	PROFISSÃO <i>Brucal</i>
SEGURO <i>Milanez Gomes da Silva</i>		ESTADO CIVIL <i>Casado</i>	ESTADO CIVIL
SINISTRO DE	CAUSA	DATA DE ADMISSÃO <i>31/12/02</i>	ÚLTIMO SALÁRIO
<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ	<input type="checkbox"/> D.M.H.	<input checked="" type="checkbox"/> D.I.T.
<input type="checkbox"/> NATURAL - DOENÇA	<input type="checkbox"/> ACIDENTE		

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
<i>O Firmo</i>		50 322 130/0001-19 SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SÃO SEBASTIÃO Rua José David do Vale, 33 Centro - CEP 11600-000	
<i>S. Sebastião 28/03/03.</i>		SÃO SEBASTIÃO - SP	

INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE

NOME <i>Milanez Gomes da Silva</i>	DATA NASCIMENTO <i>01/08/57</i>	PROFISSÃO <i>Brucal</i>	TELEFONE <i>3892-1545</i>
ENDEREÇO <i>Rua Joaquim A. do Santos 100.</i>	CIDADE <i>S. Sebastião</i>	ESTADO <i>S. Paulo</i>	
DATA DO ACIDENTE <i>31/12/02</i>	HORAS <i>13:00</i>	LOCAL DO ACIDENTE <i>Caraguatatuba</i>	

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS
Conferir me Cat em anexo e laudo em anexo.

INTERVEIO-ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? *SIM.* QUAL? *Polícia Rodoviária*

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

NOME	ENDEREÇO
NOME	ENDEREÇO

DATA DO PRIMEIRO SOCORRO <i>31/12/02</i>	LOCALIDADE <i>Caraguatatuba</i>	HOSPITAL <i>Casa de Saúde Stella</i>
NOME DO MÉDICO <i>Dr. Paulo Luizola Septim</i>	ENDEREÇO <i>CRM: 98877</i>	<i>Haus</i>
DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA <i>15/01/03</i>	NOME DO MÉDICO <i>Dr. Nilson Thophilo de Oliveira</i>	ENDEREÇO <i>CRM: 30607</i>

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

SEGURODORA	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) *Milanez Gomes da Silva*

NESTA OPORTUNIDADE, AUTORIZO A COMPANHIA SEGURODORA 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. Sebastião 28/03/03 LOCAL E DATA

[Assinatura] ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

NOME DO SEGURADO:

LOCAL DO FALECIMENTO	DATA	HORA	FOI A SEU MÉDICO DURANTE A DOENÇA QUE O VITIMOU?	DATA 1ª CONSULTA	DATA ÚLTIMA CONSULTA
----------------------	------	------	--	------------------	----------------------

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?

INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO SEGUNDO A SUA ORDEM:

A) PRIMÁRIA

B) SECUNDÁRIA

ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)

HOVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO POSITIVO INFORMAR: HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO

TINHA O FALECIDO CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?

DESDE QUANDO?

QUAL A PROFISSÃO DO SEGURADO?

QUANTO TEMPO ESTEVE IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR?

HOVE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA MORTE, DE HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO FALECIDO?

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRÁFIA, RADIOGRÁFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, ETC.)

O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? (PEDE-SE DAR DETALHES, CASO POSITIVO)

EMPREGOU O FALECIDO A OUTROS MÉDICOS DURANTE A SUA ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO POSITIVO, INFORMAR NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO:

DATA INÍCIO DA DOENÇA

DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO

DATA INVALIDEZ TOTAL POR DOENÇA

DATA DA APOSENTADORIA

O PACIENTE ESTÁ PARCIALMENTE OU TOTALMENTE?

A INVALIDEZ É DEFINITIVA?

ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)

FORAM REALIZADOS EXAMES PARA ESCLARECIMENTO DE DIAGNÓSTICO? CASO POSITIVO, QUAIS?

ENCONTRA-SE O SEGURADO COM O QUADRO CLÍNICO DEFINIDO?

QUAL O PROGNÓSTICO DO MESMO?

DESCREVER A SINTOMATOLOGIA, EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS QUE PERMITIRAM CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ:

É DE SEU CONHECIMENTO, SE O SEGURADO SE TRATAVA ANTERIORMENTE COM OUTROS MÉDICOS? EM CASO POSITIVO, INFORMAR NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

DATA DO ACIDENTE

DATA 1º DO ATENDIMENTO MÉDICO

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DA LESÃO EM DETALHES

QUAL O TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO?

HOVE INTERNAÇÃO? EM CASO POSITIVO INFORMAR NOME E ENDEREÇO DO HOSPITAL OU DA CLÍNICA

DATA DA INTERNAÇÃO

DATA DA ALTA

ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO POSITIVO, QUAL?

ESTÁ O PACIENTE EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?

HÁ INVALIDEZ?

SIM NÃO

PARCIAL

TOTAL

TEMPORÁRIA

PERMANENTE

DESCREVA AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA ÓRGÃO OU MEMBRO ISOLADAMENTE E CLASSIFICANDO-O SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL (0% A 100%)

MENCIONAR OUTROS MÉDICOS QUE TRATARAM DO SEGURADO (NOME E ENDEREÇO)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

NOME DO MÉDICO

Nilson Theophilo de Oliveira

CRM Nº

30.607

ENDEREÇO

RUA: CARITAN LUIS SPANES, 550 CENTRO

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO VERDADEIRAS

S. SEBASTIÃO, 15. Jan. 2003

Nilson Theophilo de Oliveira
Ortopedia
CPF: 034.124.583/68
CRM 30607-SP

LOCAL E DATA

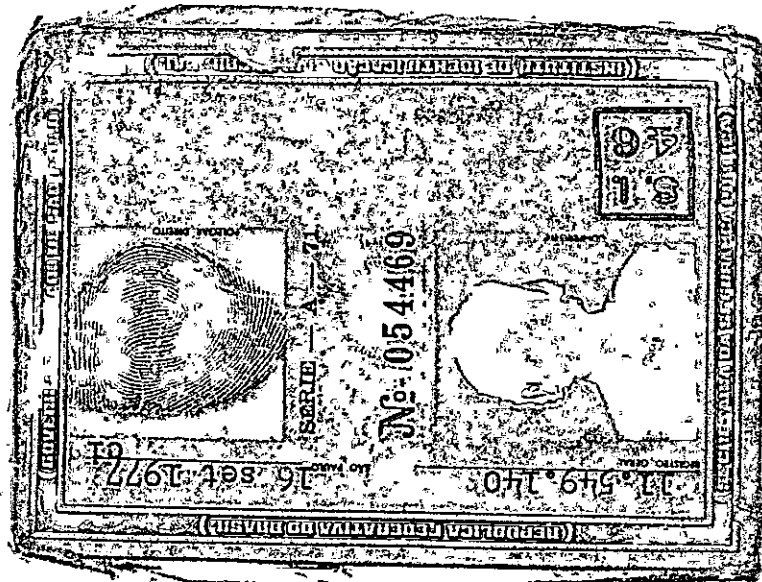
ASSINATURA DO MÉDICO

MORTE NATURAL

INVALIDEZ POR DOENÇA

ACIDENTES PESSOAIS (INVALIDEZ - DMH - DIT)

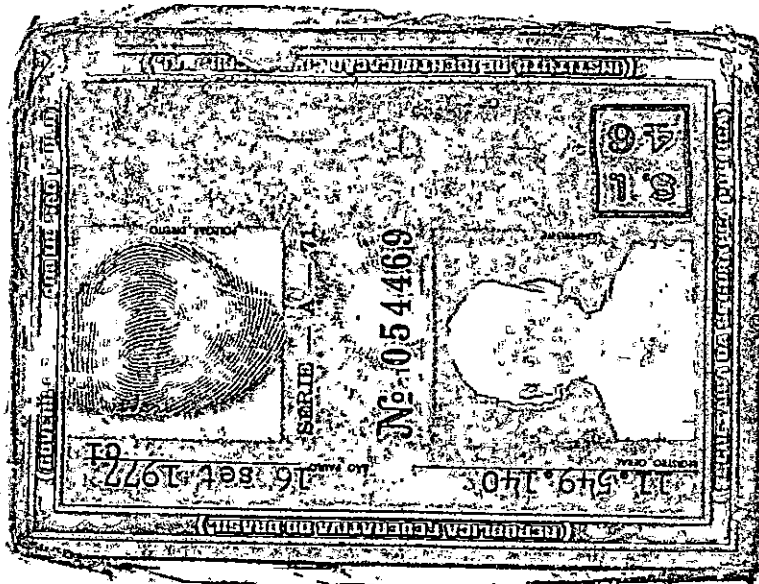





NASCIMENTO	01.08.57	INSCRIÇÃO NO CPF	409.372.276-91
CONTRIBUINTE			
MILANEZ GOMES DA SILVA			
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL			

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - DIBIS	
02 - IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE		01 Código do PIS 108.22860.11.6	
Nome MILANEZ GOMES DA SILVA			
Data de Nascimento	01.08.57	Data de Cadastro	01.05.75
		Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Nome da Mãe DELMIRA GOMES DA SILVA			
03 - IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO BANCÁRIO		Código Banco/Agência	
Nome do Banco			
Endereço da Agência			

ATENÇÃO: Somente é válido com o carimbo padronizado da Agência da CAIXA ECONÔMICA FEDERAL e com apresentação de documento oficial de identidade.



NASCIMENTO	01.08.57	INSCRIÇÃO NO CPF	403.372.276-91
CONTRIBUINTE			
MILANEZ GOMES DA SILVA			
 SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL			

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - DIPIS	
02 - IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	01 Código do PIS 108.22860.11.6
Nome MILANEZ GOMES DA SILVA	
Data de Nascimento 01.08.57	Data de Cadastro 01.05.75
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Nome da Mãe DELMIRA GOMES DA SILVA	
08 - IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO BANCÁRIO	
Nome do Banco	Código Banco/Agência
Endereço da Agência	

ATENÇÃO: Somente é válido com o carimbo padronizado da Agência da CAIXA ECONÔMICA FEDERAL e com apresentação de documento oficial de identidade.

C.S. 7054

REGULA DE IDENTIFICACAO NACIONALIDADE BRASILEIRA

MILANEZ GOMES DA SILVA

P.S.C. 4003372

SERVICO DE REGISTRO CIVIL
COMARCA DE SAO SEBASTIAO SP

Antonio Pereira da SILVA
Delmira Gomes da SILVA
Teofilo Ottoni-MG

01 agosto 1977

A presente fotocopia confere com o original que me foi apresentada.

0 referido é verdade e dou fé.

Assinatura do Portador

Sao Sebastiao MAR 2002

9713

16 set 1977

SERIE A-11

Nº 054469

16 set 1977

041649140

de autenticidade de

11902003978

oficiale N. S. Moraes
FICIAL DESIGNADA

NASCIMENTO 01.08.57

INSCRICAO NO CPF 403.372

CONTRIBUINTE MILANEZ GOMES DA SILVA

SERVICO DE REGISTRO CIVIL
COMARCA DE SAO SEBASTIAO SP

AUTENTICACAO

A presente fotocopia confere com o original que me foi apresentada.

0 referido é verdade e dou fé.

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTERIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENACAO DO SISTEMA DE INFORMACOES ECONOMICO-FISCAIS

CARTAO DE IDENTIFICACAO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COM LABORATORIO DE INSCRICAO NO CADASTRO DE PROFISSIONAIS E LEIS ECAS

VALIDO EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS

Assinatura do Portador

oficiale N. S. Moraes
FICIAL DESIGNADA

da verdade
AUTENTICACAO

Valor por firma R\$ 1,00
Válidos com 1,00 de autenticidade

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

COMPROVANTE DE INSCRICAO

198

SERVICO DE REGISTRO CIVIL
COMARCA DE SAO SEBASTIAO SP

MILANEZ GOMES DA SILVA

01.08.57

01.08.77

A presente fotocopia confere com o original que me foi apresentada.

Cartão Agência

Cartão Patrocinado Norma CSAC/CF



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

SECRETARIA DA SAÚDE
DIVISÃO DE MEDICINA DO TRABALHO

FICHA DE TRATAMENTO DO ACIDENTADO DO TRABALHO (FTA)

ACIDENTADO	NOME Milanez Gomes de Silva Mat. 3436.			DATA DO ACIDENTE 31/12/02.
	IDADE 45	SEXO M	ESTADO CIVIL Casado	PROFISSÃO Operador de máquina Pesada
				TEMPO NA FUNÇÃO 10 anos.

EMPRESA Prefeitura Municipal de São Sebastião	ATIVIDADE PRINCIPAL
--	---------------------

UNIDADE DE TRATAMENTO P.S. Central.	CÓDIGO DA UNIDADE
--	-------------------

1. HISTÓRICO DO ACIDENTE
 Afetado em via pública: dor forte nas costas + incapacidade por 15 dias e por 15 dias

2. EXAMES E/OU PARECERES REQUISITADOS
 Radiogramas coluna vert. Lumbosacra

3. DIAGNÓSTICO
 Dor nos pontos de L3
 Duração provável do tratamento: DIAS

4. CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PRÉ-EXISTENTES
 não há

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

EVOLUÇÃO / OCORRÊNCIAS / TRATAMENTO	DATA		RÚBRICA DO PROFISSIONAL
	DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	
SOLTA-VAZ VERT. Lumbosacra L3	31	15	
	12		
paciente white	15		
Discofunção			
pac ESTÍ individualmente em			
doença no ombro e nos pés			
síndrome do túnel e outros			
no ombro e nos pés			
proprio e uma pequena			
parte da tuberculose			
na região da			
ombros.			

até ao dia 15.

Entre que
26/05/03.

EVOLUÇÃO / OCORRÊNCIAS / TRATAMENTO	DATA		RUBRICA DO PROFISSIONAL
	DO ATENDIMENTO	DO PRÓXIMO ATENDIMENTO	
EM TRATA / CATE NOROCC. - AGUARDANDO			
INICIO DO USE DO COLATE	06/02/03	03/03/03	
+ 30 (Trinta) dias	21/03	20/03/03	Dr. Sérgio T. de Oliveira
perícia na U.S.O. discutir caso cl. Gen. social	20/03	20/03	Dr. Sérgio T. de Oliveira
não está usando o colate no ambiente deambulatório do Hospital	09/04	20/03	Dr. Sérgio T. de Oliveira PRF. 001.112.54/04 CRM 30072/03
Revisão do colate	20/03	20/03	
ALTA QUE FOI COLATE EM CASA. EM VIRTUDE DAS INTERFERÊNCIAS OBSERVADAS NA ANÁLISE DESTA ACIDENTE O CASO DEVE SER TIDO NA CAUSA. Afundado até 30/6/03			MAR DOS SANTOS OLIVEIRA Diretor Técnico U.S.O. 001.112.54/03 Sec. Saúde - 1135014

REINÍCIO DE TRATAMENTO?	LESÃO RESIDUAL	EMIÇÃO DE REMP?
SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>	SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>	SIM - 1 <input type="checkbox"/> NÃO - 2 <input type="checkbox"/>
LOCALIDADE	DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

OBS.: ESTE É O PRONTUÁRIO DO ATENDIMENTO AO ACIDENTADO DO TRABALHO E DEVE EXPRESSAR TODA A ASSISTÊNCIA PRESTADA DO INÍCIO À ALTA, DEVE SER ENCAMINHADO, AO FINAL DO TRATAMENTO NA UNIDADE, PARA A DIVISÃO DE MEDICINA DO TRABALHO DA SECRETARIA DA SAÚDE, JUNTAMENTE COM A CÓPIA DA CAT, ONDE FICARÁ ARQUIVADO.

Milanez

BANCO NOSSA CAIXA S.A.
0001-9 MATRIZ
DEMONSTRATIVO DE DEPOSITO ELETRONICO

AGENCIA: 0169-4 CONTA: 01-200709-9
NOME: MILANEZ GOMES DA SILVA

NUMERO DO ENVELOPE	:	142210-2
VALOR EM CHEQUE	:	1.024,00
VALOR TOTAL DEPOSITO	:	1.024,00

A EFETIVACAO DESTA DEPOSITO OCORRERA APOS A VALIDACAO DOS VALORES E CONTEUDO DO ENVELOPE, PREVALECENDO PARA CREDITO O VALOR APURADO PELA NOSSA CAIXA.

ESTE DEPOSITO SERA DEMONSTRADO NO COMPROVANTE DE SALDO/EXTRATO DA CONTA.

ESTE DEMONSTRATIVO NAO VALE COMO RECIBO.

DATA: 08AGO2003 HORA: 15:58:14 NSU: 009105

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL
COMARCA DE SÃO SEBASTIÃO SP
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia confere com a original que me foi apresentada.
O referido é verdade e dou fé.
1110AA003978
Genêrle N. S. Moraes
OFICIAL DESIGNADA

NASCIMENTO: 01.08.57
INSCRIÇÃO NO CPF: 403.372
CONTRIBUINTE: MILANEZ GOMES DA SILVA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
DOCUMENTO COM PROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE CONTRIBUINTE FISCAIS
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL
Genêrle N. S. Moraes
OFICIAL DESIGNADA

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL
COMARCA DE SÃO SEBASTIÃO SP
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia confere com a original que me foi apresentada.
O referido é verdade e dou fé.
1110AA003977
Genêrle N. S. Moraes
OFICIAL DESIGNADA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE
Nome: MILANEZ GOMES DA SILVA
Data de Nascimento: 01.08.57
Data de Cadastro: 01.03.75
Sexo: Masculino
Nome de Mãe: HELENA GOMES DA SILVA
Identificação do Domicílio Bancário
Nome do Banco
Endereço da Agência
Genêrle N. S. Moraes
OFICIAL DESIGNADA

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL
COMARCA DE SÃO SEBASTIÃO SP
AUTENTICAÇÃO
A presente fotocópia confere com a original que me foi apresentada.
O referido é verdade e dou fé.
1110AA003976
Genêrle N. S. Moraes
OFICIAL DESIGNADA

Genêrle N. S. Moraes
OFICIAL DESIGNADA