

EMPRESA	SUC	RAMO	APOLICE	ITEM	SIN. MATRIZ/ANO	VISTORIA	TP	AVIA
	22	990-00	000000590		002129/05	/	0	08
FAVORECIDO	NADIR GONCALES CAVALIN				CPF/CNPJ	No. BANCO	No. DA AGENCIA	CONTA CORRENTE
VALOR LIQUIDO	466.66	TIPO DE OPERACAO 001-PAGAMENTO SEGURADO					MOVIMENTO	LANCAMENTO
VALOR BASICO	466.66	ISS	0.00	IR	0.00	IR ADC		
SEGURODO/ESTIPULANTE	NADIR GONCALES CAVALIN / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RUB				NOTA FISCAL/FATURA	DATA DE VENCIMENTO	DATA DA OCORRENCIA	
INDENIZACAO RELATIVA A	14 DIARIAS X R\$ 33.333 = R\$ 466.66					07/12/2005	25/09/2005	

Arquivado
FIN.
listok

BANCO: 0001 AG.: 01530 CONTA: 1197-5 PERIODO DE 25.11.2005 A 08.12.2005

CONDICIONAMENTO

**DIGITALIZADO
VERTCON?**

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 GERAIS, 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 irreatavel 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
627845/2005	06/12/2005	DEPOS C/C COM CHEQUE	VERTCON ADH CORRETORA DE SEGUR
VISTOS DEPARTAMENTO			LI731J
DIRETORIA		CONTROLE FINANCEIRO	*** VISTO ELETRONICO *** 014677

LOCAL E DATA ASSINATURA

** DEP. C/C ** Seguro de Pessoas - Sinistro Matr: 2289 Hr: 18:15:11

65527308

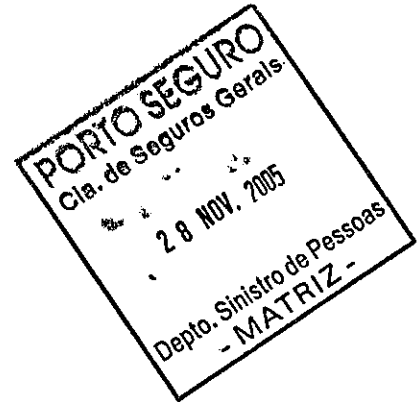
Sist OK

São Paulo, 25 de novembro de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Nadir Gonçalves Cavalim (complemento)



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

Cópia da solicitação de perícia médica ;

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

Cordialmente,


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

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

1 - NOME Nadir Gonçalves Covolim
 2 - REGISTRO FUNCIONAL 656.757.600 3 - DATA DE NASCIMENTO 16.10.72 4 - COR moreno 5 - SEXO masculino 6 - ESTADO CIVIL solteiro
 7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL Rua Sta Anastácia 100 8 - TELEFONE 6552-7508
 9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO Gcm 10 - CATEGORIA FUNCIONAL efetivo 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSF 12.05.93
 12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO 5.7 localizacos 13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO 171500 14 - TELEFONE 3313-7806
 15 - LICENÇA MÉDICA INICIAL PRORROGAÇÃO 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 26.10.05 / 30 dias
 17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR A DEPENDENTE
 NOME DO DEPENDENTE _____ GRAU DE PARENTESCO _____
 DATA 25.11.05 ASSINATURA DO SERVIDOR Nadir Gonçalves Covolim CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA Clara Apª Pinese
 RF. 574.655.801

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO ?
 SIM NÃO
 2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 42 DIAS DE LICENÇA
 3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA
 DESAT HSPM DOMICILIAR OUTROS
 ENDEREÇO COM REFERÊNCIA: _____
 4 - LICENÇA EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO
 DATA 1/1/1 147
 ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CID S6245 Col CRM 18525
 5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79
 LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143
 LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 146
 LICENÇA GESTANTE ARTIGO 148
 LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLÉSTIA
 PROFESSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE 25.11.05
 C.A.P. Nº _____ ARTIGO 160
 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 _____
 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 _____
 De 25.11 a 05.01.06
 CARIMBO DO MÉDICO PERITO _____ CARIMBO DO MÉDICO PERITO _____ CARIMBO DO MÉDICO PERITO _____ CARIMBO DO MÉDICO PERITO _____

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

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 NAS TRÊS VIAS

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO
 JUSTIFICATIVA DO PARECER:
 _____ (_____) DIAS A PARTIR DE _____
 DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA _____

EMPRESA	SUC	RAMO	APOLICE	ITEM	SIN. MATRIZ/ANO	VISTORIA	PP	VIA	
	22	090-00	000000590		002129/05	/	0	08	
FAVORECIDO NADIR GONCALES CAVALIN				CPF/CNPJ	No. BANCO	No. DA AGENCIA	CONTA CORRENTE	DIG.	
VALOR LIQUIDO 1033.33				TIPO DE OPERACAO 001-PAGAMENTO SEGURADO		MOVIMENTO	LANCAMENTO		
VALOR BASICO 1033.33		ISS	IR	IR ADC					
			0.00			0.00			
SEGURADO/ESTIPULANTE NADIR GONCALES CAVALIN / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RJ					NOTA FISCAL/FATURA	DATA DE VENCIMENTO	DATA DA OCORRENCIA		
INDENIZACAO RELATIVA A 31 DITS X R\$ 33.333 = R\$ 1033.33					RUB	10/11/2005	25/09/2005		

BANCO: 0001 AG.: 01530 CONTA: 1197-5 PERIODO DE 25.10 A 24.11.05

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 atraves de deposito bancario eletronico, no banco e na conta corrente expressamente acima indicados sob minha (nossa) responsabilidade, a titulo de pagamento dos prejuizos sofridos na data e local supracitados, cujas coberturas decorrem da apolice, sinistro, verbas e riscos, supra descritos.

Outorgo(amos) a aludida Companhia, com o recebimento desta indenizacao, realizado por meio de credito bancario na conta corrente indicada para tal fim, a mais ampla, plena, rasa, geral, irrevogavel e irretroatavel quitacao para nada mais pleitear, a que titulo for, em juizo ou fora dele, nas verbas e eventos que couberem, por danos materiais, corporais, morais, lucros cessantes, perdas e danos, reembolso de despesas, alugueis, honorarios, avarias, reparo, pecas, acessorios, depreciacao, 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
579131/2005	09/11/2005	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: 2289 Hr: 16:01:11

65527908

Liqui dia 11/11, só chamava
Denici recado c/ Valtir
dia 16/11/05.

Arquivo

EMPRESA	SUC	RAMO	APOLICE	ITEM	SIN. MATRIZ/ANO	VISTORIA	TP	VIA
	22	990-00	000000590		002129/05	/	0	07 01
FAVRECIDO NADIR GONCALES CAVALIN				CPF/CNPJ	No. BANCO	No. DA AGENCIA	CONTA CORRENTE	DIG.
VALOR LIQUIDO 500.00				TIPO DE OPERACAO 001-PAGAMENTO SEGURADO			MOVIMENTO	LANCAMENTO
VALOR BASICO 500.00		ISS	IR		IR ADC			
			0.00		0.00			
SEGURO/ESTIPULANTE NADIR GONCALES CAVALIN / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RJ				NOTA FISCAL/FATURA		DATA DE VENCIMENTO	DATA DA OCORRENCIA	
INDENIZACAO RELATIVA A PERIODO 10.10.05 A 24.10.05 = 15 DIARIAS X R\$33.333 = R\$500.00				RJB		01/11/2005	25/09/2005	
BANCO: 0001 AG.: 01530 CONTA: 1197-5								

CONDICIONAMENTO

mensagem

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 GE-RAIS, providenciara atraves de deposito bancario eletronico, no banco e na conta corrente expressamente acima indicados sob minha (nossa) responsabilidade, a titulo de pagamento dos prejuizos sofridos na data e local supracitados, cujas coberturas decorrem da apolice, sinistro, verbas e riscos, supra descritos.

Outorgo(amos) a aludida Companhia, com o recebimento desta indenizacao, realizado por meio de credito bancario na conta corrente indicada para tal fim, a mais ampla, plena, rasa, geral, irrevogavel e irretroatavel quitacao para nada mais pleitear, a que titulo for, em juizo ou fora dele, nas verbas e eventos que couberem, por danos materiais, corporais, morais, lucros cessantes, perdas e danos, reembolso de despesas, alugueis, honorarios, avarias, reparo, pecas, acessorios, depreciacao, 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
563512/2005	31/10/2005	DEPOS C/C COM CHEQUE	VERTCON ADM CORRETORA DE SEGUR
			L1731J
VISTOS	DEPARTAMENTO	DIRETORIA	CONTROLE FINANCEIRO
			*** VISTO ELETRONICO *** 008877

LOCAL E DATA

** DEP. C/C ** Seguro de Pessoas - Sinistro

Matr: 7224

Hr: 10:38:35

ASSINATURA

Sid OK

São Paulo, 26 de outubro de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Nadir Gonçalves Cavalim (complemento)

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

- Declaração do atendimento de urgência ;
- Receita médica ;
- 01 filme ;
- Cópia da solicitação de perícia médica (02 folhas) ;
- Cópia do O.A.T;

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

Cordialmente,


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

21 OUT 2005
Depto. Sinistro de Pessoa
- 1 -



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº A PEDIDO
 EX OFFICIO

Senha -

RH Nº

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

1 - NOME <u>Adair Gonçalves Cavalcini</u>	
2 - REGISTRO FUNCIONAL <u>656.757.600</u>	3 - DATA DE NASCIMENTO <u>16-10-1972</u>
4 - COR <u>brnosc.</u>	5 - SEXO <u>masc.</u>
6 - ESTADO CIVIL <u>solteiro</u>	7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL <u>R. Santa Ernestina, 106</u>
8 - TELEFONE <u>6552-7508</u>	9 - CÓDIGO DO CARGO FUN. <u>732 001-9</u>
10 - CATEGORIA FUNCIONAL <u>8.10.00</u>	11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP <u>12-05-93</u>
12 - UNIDADE DE LOTACÃO <u>I - Localização</u>	13 - CÓDIGO DE ENDERECEAMENTO <u>11715000</u>
14 - TELEFONE <u>3313-7806</u>	15 - LICENÇA MÉDICA <input type="checkbox"/> INICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO
16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS	17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE <input checked="" type="checkbox"/> AO SERVIDOR <input type="checkbox"/> A DEPENDENTE
NOME DO DEPENDENTE <u>Adair Gonçalves Cavalcini</u>	GRAU DE PARENTESCO
DATA <u>26.10.05</u>	ASSINATURA DO SERVIDOR <u>Jair Jorge Melanda Jr.</u>
	CARIMBO DO SERVIDOR <u>Coordenador Regional</u>

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO ? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79 <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143 <input type="checkbox"/> LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 146 <input type="checkbox"/> LICENÇA GESTANTE ARTIGO 148 <input type="checkbox"/> LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157 <input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE <u>25/09/05</u> C.A.P. Nº <u>26.10.05</u> ARTIGO 160
2 - PARECER CONCLUSIVO <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA <input checked="" type="checkbox"/> FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE <u>30</u> DIAS DE LICENÇA <u>1 MANTA</u>	3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> DESAT <input type="checkbox"/> HSPM <input type="checkbox"/> DOMICILIAR <input type="checkbox"/> OUTROS ENDEREÇO COM REFERÊNCIA:
4 - LICENÇA EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO DATA <u> / / </u>	ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CIR <u>1475862.6</u> CRM <u>26048</u>
RECONSIDERAÇÃO APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR /PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUÍMOS QUE: <input type="checkbox"/> A LICENÇA FOI MANTIDA <input type="checkbox"/> A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE <u> / / </u> ARTIGO <u>26 a 29/11/05</u>	RECURSO APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR /PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUÍMOS QUE: <input type="checkbox"/> A LICENÇA FOI MANTIDA <input type="checkbox"/> A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR DE <u> / / </u> ARTIGO

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

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

CHANCELA DESAT

ATENÇÃO

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

TRATANDO-SE DE DEPENDENTE APRESENTAR DOCUMENTO COMPROVADOR DE PARENTESCO

CARIMBO ASSINATURA DA CHEFIA E SENHA NAS TRÊS VIAS

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE

DATA

CARIMBO E ASSINATURA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Senha - PP1003 1260905/07 AT

2243/05
27.09.2005

PM Nº A PEDIDO
 EX OFFICIO

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR - (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ÍTEMS) RH Nº 580

1 - NOME Nadir Gonçalves Cardim

2 - REGISTRO FUNCIONAL 656.757.600 3 - DATA DE NASCIMENTO 16-10-72 4 - COR _____ 5 - SEXO F M 6 - ESTADO CIVIL Solteiro

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL R. Santa Anastácia, 106 8 - TELEFONE 6552-7508

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO 432.001.9 10 - CATEGORIA FUNCIONAL Eletivo 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP 12-05-93

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO I - Fiscalização 13 - CÓDIGO DE ENDERECEAMENTO 11715000 14 - TELEFONE 33137806

15 - LICENÇA MÉDICA INICIAL PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS _____

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE AO SERVIDOR A DEPENDENTE
NOME DO DEPENDENTE _____ GRAU DE PARENTESCO _____

DATA 26.09.05 ASSINATURA DO SERVIDOR Nadir Gonçalves Cardim

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

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

2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 30 DIAS DE LICENÇA

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

4 - LICENÇA EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERMISSÃO
DATA _____

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8567/4655.801
 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 MOLÉSTIA

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

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CID 362.6 CRM 18.399

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

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 27.09.05 ASSINATURA DO PERITO [Signature]

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER: _____

(_____) DIAS A PARTIR DE _____

DATA _____

CARIMBO E ASSINATURA _____

CHANCELA DESAT

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 SEU NOME NAS TRÊS VIAS

Esta é uma mensagem com Prioridade Alta.

Data: Fri, 21 Oct 2005 13:42:05 -0200

De: "Vertcon Seguros Ltda." <vertcon@uol.com.br>

Para: "Jacqueline" <jacqueline@vertconseguros.com.br>

Assunto: Fw: Documentos pendentes para a abertura do sinistro

Sistok
Arizado

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

DATA: 21/10/2005

NUMERO DO SINISTRO: 1 2129/2005
RAMO: 990

NOME DO SEGURADO: NADIR GONCALES CAVALIN

ESTIPULANTE: SERVIDORES DO MUNICIPIO DE
SAO PAULO RUB APOLICE NUMERO: 590

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

655 27908

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

- COMPROV DE RESID DO SEGURADO/VITIMA
- COPIA DO ATENDIMENTO DE URGENCIA
- RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS:
- RESULTADO DA PERICIA PELO(A):

Observacoes:
PREFEITURA.

Sust OK

São Paulo, 19 de outubro de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Cid. ...
20 OUT. 2005
Depto. Sinistro de Pessoas
- N.º ATFIZ -

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Nadir Gonçalves Cavalin (complemento)

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

- Cópia da perícia médica ;
- Cópia do comprovante de residência ;

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

Cordialmente,


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

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS
DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



9949 -17
Devolução Cx Postal 61015 SI
05001-970
04120801097

Localidade: 11000 RESIDENCIA
Telefone: 6552-7908 0 7 DV NRC: 04120801097



CTC VILA MARIA/SPM PL 5
NADIR GONSALES CAVALIN -
R ANASTACIA, STA
08410-550 VL SOLANGE

106
S PAULO - SP

Total da Fatura: 28,57
Vencimento: 27/09/2005
Mês: 09/2005



Vencimento
27/09/2005

Central de Relacionamento:
103

7294004854087150000000307010190905

SERVIÇOS

SERVIÇOS	VALOR (R\$)
Serviço Medido	58 Pulsos
Assinatura Mensal	1,26
Outros Serviços	38,13
Créditos Concedidos	0,81
	11,63 CR

"8 Jeitos de
mudar o mundo.
Movimento Nacional
Pela Cidadania e
Solidariedade.
A Telefônica apóia
esta Iniciativa."

TOTAL A PAGAR 28,57

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Atenção: O pagamento após o vencimento implica na cobrança de multa de 2% e juros de 1% ao mês, incluídos em conta futura. Conforme regulamentação vigente, serão bloqueadas as chamadas originadas de telefones com contas não pagas após 30 dias do vencimento. Os débitos de contas não pagas, poderão ser contestados em até 5 dias úteis após a notificação da empresa.

Os códigos de seleção das prestadoras de longa distância são: 15-Telefônica 21-Embratel 23-Intelig 31-Telemar

INMETRO **ABNT** **OCIP 0005**
Pode Confiar
O sistema de cobrança das ligações foi certificado e aprovado pela ABNT que é credenciada pelo Inmetro



01017400000



Na rua, use o orelhão. Ligar do orelhão para o telefone fixo é até 20 vezes mais barato que ligar do celular. E se você estiver sem cartão ligue a cobrar. É fácil de usar:
LOCAL: 9090 + Nº Telefone
DDD: 9015 + Cód. Cidade + Nº Telefone
Quem liga para economia liga do orelhão da Telefônica.

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

DESTAQUE AQUI

846100000005 285710291102 006552790807 090580509272



TELECOMUNICAÇÕES DE SÃO PAULO S.A.

Local	Telefone	Mês	DV	Complemento
11000	6552-79080	09/05	8	0682 5740
Total da Fatura	DV	Vencimento		
28,57	6	27/09/05		
IPTE 234 1029 5270 1100 0655 2790 8069				



Não rasgue ou perfure este documento pois será utilizado no processamento



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Senha - PP/2003/260905/27AT

SPM Nº 2243/05
 A PEDIDO
 EX OFFICIO
RH Nº 580

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

1 - NOME Nadir Gonçalves Cardini

2 - REGISTRO FUNCIONAL 656.757.600 3 - DATA DE NASCIMENTO 16-10-72 4 - COR 5 - SEXO M 6 - ESTADO CIVIL Solteiro

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL R. Santa Anastácia, 106 8 - TELEFONE 652-7508

9 - CÓDIGO DO CARGO FUNCIONAL 732.001.9 10 - CATEGORIA FUNCIONAL Perito 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSE 12-05-93

12 - UNIDADE DE LOCALIZAÇÃO I - Fiscalização 15 - CÓDIGO DE ENDERECEAMENTO 11715000 14 - TELEFONE 33137806

15 - LICENÇA MÉDICA N.C.A. PRORRGAÇÃO 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE AO SERVIDOR A DEPENDENTE
NOME DO DEPENDENTE GRAU DE PARENTESCO

26 09 05 Nadir Gonçalves Cardini
DATA ASSINATURA DO SERVIDOR

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

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

2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO - CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL - CONCESSÃO DE 30 DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA
 DESA SP DOMICILIAR OUTROS
ENDEREÇO COM REFERÊNCIA

4 - LICENÇA EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERMEDIÇÃO
DATA 14/7

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 5552/655.801
 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 COMPULSORIA ARTIGO 157
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE
C.A.P. Nº 5090
ARTIGO 160
DATA 27/09/05

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CID 5026 CRM 18399

DR. ENRIQUE BENVENUTO
Médico do Trabalho
Data 25/09/05

RECONSIDERAÇÃO
APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR /PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUÍMOS QUE:
 A LICENÇA FOI MANTIDA
 A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA 30 DIAS A CONTAR DE 26/09/05 ARTIGO 160 DATA 25/10/05

RECORSO
APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR /PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUÍMOS QUE:
 A LICENÇA FOI MANTIDA
 A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA 30 DIAS A CONTAR DE 26/09/05 ARTIGO 160 DATA 25/10/05

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

CIANCFIA DESAT

ATENÇÃO
APRESENTAR EM DATA E HORÁRIO DETERMINADO O DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E SE-
TRATANDO-SE DE DEPENDENTE APRESENTAR DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE PARENTESCO
CARIMBO ASSINATURA DA CHEFIA E SENHA NAS TRÊS PÁGINAS

JUSTIFICATIVA DO PARECER:
() DIAS A PARTIR DE

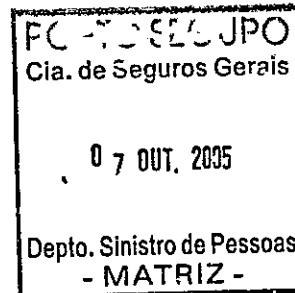
DATA CARIMBO E ASSINATURA

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

Sistor

São Paulo, 07 de outubro de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS



At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Nadir Gonçalves Cavalin (D.I.T.)

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

- Aviso de sinistro ;
- Autorização no caso de eventual pagamento ;
- Cópia da solicitação de perícia médica ;
- Cópia do RG e CPF ;
- Cópia do C. A .T ;
- Cópia do atestado médico ;
- Cópia do holerite ;

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

07/10

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR Pia. Terra de Vitorias de Piratuba			APÓLICE Nº		
SEGURADO Thalita Genivaldo Corralim		DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	
SINISTRO DE <input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> D.M.H. <input checked="" type="checkbox"/> D.I.T. CAUSA <input type="checkbox"/> NATURAL - DOENÇA <input checked="" type="checkbox"/> 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 Thalita Genivaldo Corralim	DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE 1.351 7404
ENDEREÇO 97	CIDADE	ESTADO	655 27108
DATA DO ACIDENTE 05/04/05	HORAS 8:00	LOCAL DO ACIDENTE	

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Causa: acidente com ATOMICA.

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 ASSISTENCIA MEDICA	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 O SEGURADO, AS INFORMAÇÕES SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE. OS MÉDICOS E/OU INSTITUIÇÕES INFORMANTES, FICAM LIBERADAS DA OBRIGAÇÃO DE GUARDAR SIGILO PROFISSIONAL.

Pia. Terra, 07 de outubro de 2005
LOCAL E DATA ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

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

SEGURADO/VÍTIMA: Martin Gonçalves Caralim
SINISTRO Nº: _____ RAMO: 02 - PREVIDÊNCIA 53-4 - RCF/DC 57 - DEPEM
 80 - A.P.I. 81 - A.P.C. 83 - DPVAT 15%
 88 - A.P.P. 93 - VIDA
EU, Martin Gonçalves Caralim PORTADOR (A) DO RG
N.º (anexar cópia) 24.112.446-3 E CPF N.º (anexar cópia) 16.842.431-8, RESIDENTE
R. Santa Amatória Nº 106 CEP: 04410-50
MUNICÍPIO/UF SP FONE PARA CONTATO: _____ NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A)
/ BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO DO SINISTRO OCORRIDO EM 1/1, 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: Martin Gonçalves Caralim
N.º DO BANCO 001 N.º DA AGÊNCIA 1530-X CC 1197 DIGITO 5

NA HIPÓTESE DE DIVERGÊNCIAS NOS DADOS ACIMA POR MIM FORNECIDOS, TAIS COMO: N.º 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.

SP 14/01/03
LOCAL/DATA

X ASS: Martin Gonçalves Caralim
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. 1.ª: _____

ASS. 2.ª: _____

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

RG: _____

RG: _____

COM FIRMA RECONHECIDA

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 DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Senha - PP/0203/0260905/27A

SPM Nº
 A PEDIDO
 EX OFFICIO
RH Nº

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

1 - NOME Nadir Genivalves Cavalcini
 2 - REGISTRO FUNCIONAL 656 757 600 3 - DATA DE NASCIMENTO 16-10-72 4 - COR FM 5 - SEXO FM 6 - ESTADO CIVIL solteiro
 7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL R Santa Ernestina, 106 8 - TELEFONE 656 7508
 9 - CÓDIGO DO CARGO FUNÇÃO 732 001 9 10 - CATEGORIA FUNCIONAL 62600 11 - DATA DE INÍCIO NA PMSE 10-05-93
 12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO I - 3.166.390 13 - CÓDIGO DE ENDERECEAMENTO 11715000 14 - TELEFONE 33137806
 15 - LICENÇA MÉDICA
 INICIAL PRORROGAÇÃO
 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS
 17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE AO SERVIDOR A DEPENDENTE
 NOME DO DEPENDENTE _____ GRAU DE PARENTESCO _____
 DATA 26/11/02 ASSINATURA DO SERVIDOR Nadir Genivalves Cavalcini CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA _____

municidade

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?
 SIM NÃO
 2 - PARECER CONCLUSIVO
 CONTRÁRIO A CONCESSÃO DE LICENÇA
 FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 30 DIAS DE LICENÇA
 3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA
 DESAT. HSPM. DOMICILIAR. OUTROS
 ENDEREÇO COM REFERÊNCIA: _____
 4 - LICENÇA EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO
 DATA 14/11/02
 ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M. CID 3626
 DATA 18/11/02
 5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 574655/01
 LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143
 LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 143
 LICENÇA GESTANTE ARTIGO 148
 LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE 75090
 C.A.P. Nº _____
 ARTIGO 160
 DATA 17/11/02 CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO _____
 1ª VIA - DESAT 2ª VIA - DRH 3ª VIA - UNIDADE DO SERVIDOR
 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 _____
 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 _____

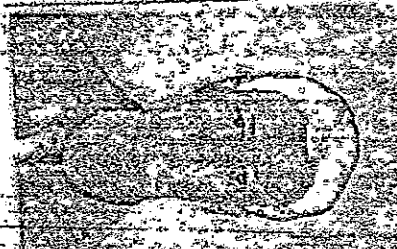
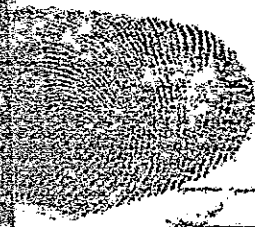
CHANCELA DESAT

ATENÇÃO
 APRESENTAR-SE NA DATA E HORA DETERMINADAS COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E PCT.
 TRATANDO-SE DE DEPENDENTE APRESENTAR DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE PARENTESCO
 CARIMBO ASSINATURA DA CHEFIA E SENHA NAS TRES VIAS.
 DATA _____

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO
 JUSTIFICATIVA DO PARECER _____
 _____ DIAS A PARTIR DE _____
 DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS E DE
DESEMPENHO NOS CASOS LEGALMENTE DEFEITOSOS
NOTA: EM CASO DE ORIENTAÇÃO DE NATURALIZAÇÃO, DIRIGIR-SE À DIVISÃO LOCAL DA SECRETARIA
DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO

ASSINATURA DO TITULAR

104/0505-0

21.03/91

CEP-SUREG/SP
05101-113

SERVIÇO DE REGISTRO
MAT. DE REGISTRO
ESCRITURAS

ESTE CARTÃO É ASSINADO POR FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL E É VÁLIDO
CORRESPONDENTE AO REGISTRO DO CPF

ESTE CARTÃO É ASSINADO POR FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL E É VÁLIDO
CORRESPONDENTE AO REGISTRO DO CPF

16.10.72

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NATURALIZADO NADIR GONÇALVES CAVALIN

NOME NADIR GONÇALVES CAVALIN

FILIAÇÃO

ESTADO DE ORIGEM

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

ORIGEM

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 113 DE 29/08/63



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT
 (A EMISSÃO DESTES COMUNICADOS NÃO IMPORTA RECONHECIMENTO DO NEXO CAUSAL)

PROTÓCOLO Nº **28.09.2005**
 DATA

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: **NARDIR GONÇALVES CAVALIM** Nº **656.757.600**
 CARGO OU FUNÇÃO: **GUARDA CIVIL Metropolitana** PATRÃO - REFERÊNCIA: **SECJA** IDENTIDADE: **24.112.446-3**
 CATEGORIA FUNCIONAL: **Epetivo** CÓD. ENDEREÇAMENTO: **1121500** HORÁRIO DE TRABALHO: **09:00/21:00** SEXO: **M** EST. CIVIL: **SOL** DATA DE NASCIMENTO: **16/10/1972**
 ENDEREÇO: **RUA. Srs ANASTÁCIA** Nº: **106** ADAR.
 CIDADE: **SÃO PAULO** UF: **SP** CEP: **0440550** TEL: **11 6552-7808**

B - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO

SECRETARIA: **GOVERNO MUNICIPAL** DEPTO: **Gcm**
 DIVISÃO: **Supime** SEÇÃO: **Imp. Jucaul yuca**
 END: **Av do Estado** Nº: **680A** TEL: **11 3313 7206**

C - INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

LOCAL: **Estância de Itaquera**
 CIDADE: **SÃO PAULO** UF: **SP** CEP: **05000000**
 DATA DO ACIDENTE: **25/05/2005** HORA: **06:00** LOCAL DO ACIDENTE: **Limpo**

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: **Estava em deslocamento para o trabalho quando tomou um banho na piscina do hotel. Ao sair a mão esquerda ficou presa no vidro da porta da cabine.**

PARTES DO CORPO ATINGIDAS: **dedo anelar da mão esquerda**

20/09/05
D&AT
Recepção

TESTEMUNHAS

1º) END: TEL: Nº: ASSINATURA
 CIDADE: CEP: UF:
 2º) END: TEL: Nº: ASSINATURA
 CIDADE: CEP: UF:

D - INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA:
 INÍCIO DA DOENÇA: / /

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DA DOENÇA:

DEBORA SANTOVANI DE CARVALHO DATA DA EMISSÃO
 Inspetora

construção

UNIDADE DE CLASSE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL

UNIDADE DE ATENDIMENTO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL
Rua Castro Alves, 60 - CEP 01532-900

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE ACIDENTES E DOENÇAS
RELACIONADAS AO TRABALHO

ATESTADO MÉDICO		
Nome da Empresa Empregadora		
Nome do Acidentado <i>Medin Computers Curitiba</i>	Nº do Registro <i>10344291</i>	Data do acidente <i>25/09/2005</i>
53 - Unidade de atendimento médico <i>HSPM</i>	54 - Data do atendimento <i>25/09/2005</i>	55 - Hora :
56 - Houve internação <input checked="" type="checkbox"/> 2 1- sim 2- não	57 - Duração provável do tratamento <i>30</i> Dias	58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento <input type="checkbox"/> 1- sim 2- não
59 - Descrição e natureza da lesão <i>Arrombamento certo - contusão em 4º dedo de mão @</i>		
60 - Diagnóstico Provável <i>Fratura de falange média de 4º @ @</i>	61 - CID 10 <i>S62.6</i>	
62 - Diagnóstico Provável	63 - CID 10	
64 - Observações		

São Paulo, *25* / *09* / *05*

Dr. Rafael M. Meitor
Médico
CRM-117942

Assinatura e carimbo do médico com CRM

O paciente a que se refere o documento acima foi atendido com história de acidente ou doença relacionada com o trabalho.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO
 C.G.C. 46.392.130/0003-80

REFERENCIA 08/05
 DEMONSTRATIVO 6.505-6

C.G.C. 46.392.130/0003-80

REGISTRO FUNCIONAL 656757.6.00

NOME NADIR GONCALVES CAVALIN

CARGO / FUNÇÃO GCM - 2 CLASSE - FEM
 PADRÃO 732.009.4

CATEGORIA EFETIVO

BANCO BRASIL
 AGENCIA 1530
 CONTA 000001197,5

COD. EMPREGAMENTO 11.71.500

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMENCLATURA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	VENCIMENTOS	DESCONTOS
0002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	30	833,28	
0032	GRAT. REGIME. ESP. TRAB. POLICIAL	30	416,64	
0042	ADICIONAL 2. QUINQUENIO	30	128,11	
0143	AUXILIO REFECICAO	23	215,51	
0145	AUXILIO TRANSPORTE	15	108,00	
1008	ATUALIZ. J. NET - DEC-31/13/92	0	0,62	
1063	1/3 FERIAS	15	229,67	
1143	AUXILIO-REFEICAO	9	84,33	
3026	CONTRIB. AUXILIO TRANSPORTE	15	49,99	
3031	PENSAO ALIMENTICIA	0	252,47	
3042	IMPUSO DE RENDA NA FONTE	0	10,17	
5143	AUXILIO-REFEICAO	11	103,07	
6013	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM	0		22,96
7013	04-CONTRIBUICAO	0		0,02
6015	HOSP. SERVIDOR PUBLICO MUNIC.	0		24,99
6017	RPPS/IPREM	0		101,05
6021	BANCO B.M.G. S/A EMPRESTIMO PESSOAL	0		375,12

TOTALS	LIQUIDO A CREDITAR	CONTINUA

MESSAGEM
 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 - ESTORNO DE DESCONTO
 3 - DESCONTO DO MÊS
 4 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES
 5 - ESTORNO DE PAGAMENTO
 6 - DESCONTO DO MÊS CONSIGNATÁRIOS
 7 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES CONSIGNATÁRIOS
 8 - ESTORNO DE CONSIGNAÇÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO
 C.G.C. 46.392.130/0003-80

REFERENCIA 08/05
 DEMONSTRATIVO 6.505-6

C.G.C. 46.392.130/0003-80

REGISTRO FUNCIONAL 656757.6.00

NOME NADIR GONCALVES CAVALIN

CARGO / FUNÇÃO GCM - 2 CLASSE - FEM
 PADRÃO 732.009.4

CATEGORIA EFETIVO

BANCO BRASIL
 AGENCIA 1530
 CONTA 000001197,5

COD. EMPREGAMENTO 11.71.500

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMENCLATURA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	VENCIMENTOS	DESCONTOS
6029	PORTO SEGURO - SEGUROS GERAIS SEGURO DE VIDA - GRUPO	0		15,00

TOTALS	LIQUIDO A CREDITAR	CONTINUA
	2.016,16	954,84
		1.061,32

MESSAGEM
 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 - ESTORNO DE DESCONTO
 3 - DESCONTO DO MÊS
 4 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES
 5 - ESTORNO DE PAGAMENTO
 6 - DESCONTO DO MÊS CONSIGNATÁRIOS
 7 - DESCONTO DE MESES ANTERIORES CONSIGNATÁRIOS
 8 - ESTORNO DE CONSIGNAÇÃO