



Protocolo de envio de documentos

American Life Cia de Seguros
 Nobre Seguradora do Brasil
 Alfa Previdencia e Vida

Processo nr.

Estipulante: SANTANA DE PARNAIBA - SINDICATOS DOS SERV PUBL MUN SANTANA DE PARNAIBA

Segurado PAULO APARECIDO DA SILVA

Sinistrado	Causa	Ocorrência	Dt. Aviso
PRÓPRIO SEGURADO	DIT	06/07/2012	25/06/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERTCON;
AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DO SEGURADO INFORMANDO QUE O MÉDICO SE RECUSOU A PREENCHER O AVISO DE SINISTRO;
COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DO SEGURADO DESCREVENDO O ACIDENTE AUTENTICADA;
HOLERITE ORIGINAL DO SEGURADO REF. AO MÊS 07/2012;
DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR INFORMANDO QUE O SEGURADO FICOU AFASTADO DE 06/07/2012 Á 31/07/2012;
FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO ORIGINAL DO SEGURADO;
COPIA DE 03 ATESTADOS MÉDICO DO SEGURADO COM CARIMBO CONFERE COM ORIGINAL.

Processo nr.

Estipulante: SANTANA DE PARNAIBA - SINDICATOS DOS SERV PUBL MUN SANTANA DE PARNAIBA

Segurado PAULO APARECIDO DA SILVA

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	DIT	06/07/2012	25/06/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERTCON;
AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DO SEGURADO INFORMANDO QUE O MEDICO SE RECUSOU A PREENCHER O AVISO DE SINISTRO;
COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DO SEGURADO DESCREVENDO O ACIDENTE AUTENTICADA;
HOLERITE ORIGINAL DO SEGURADO REF. AO MÊS 07/2012;
DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR INFORMANDO QUE O SEGURADO FICOU AFASTADO DE 06/07/2012 À 31/07/2012;
FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO ORIGINAL DO SEGURADO;
COPIA DE 03 ATESTADOS MÉDICO DO SEGURADO COM CARIMBO CONFERE COM ORIGINAL.



Parnasind

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA

CNPJ - 65.697.708/0001-99 / Registro Mtb 46.000.006973/93-90
ÓRGÃO SINDICAL DE BASE - SANTANA DE PARNAÍBA / S.P - Fundada em 30/03/1993

015/13 SSPMSP/V

PROTOCOLADO

Santana de Parnaiba, 24 de Junho de 2013.


Venho através desta, encaminhar as documentações necessárias para dar entrada no sinistro relacionado abaixo:

Sinistro: Acidente Pessoal.
Segurado: Paulo Aparecido da Silva.

Documentações:

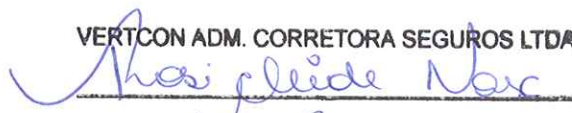

- (01) Aviso de Sinistro (Vertcon Seguros) - Original.
- (01) Ficha de atendimento médico - Original.
- (01) Declaração do segurado, informando que o médico não preencheu o boletim de ocorrência da Vertcon Seguros.
- (01) Aviso de Sinistro - (American Life) - Original.
- (01) Declaração do segurado, descrevendo como ocorreu o acidente. (Reconhecido firma).
- (01) Cópia do comprovante de residência - Autenticado.
- (01) Cópia do RG e CPF do segurado - Autenticada.
- (03) Cópias de atestados médico - Com carimbo que confere com o original.
- (01) Cópia do Holerite .
- Declaração da Prefeitura, informando os dias que o funcionário ficou afastado de suas atividades profissionais.

Sem mais para o momento,


Charlene Carina

À
Rosicleide
Vertcon Seguros

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.

25.06.13

Rua André Fernandes, 104 - Centro Histórico - Santana de Parnaiba / SP - CEP 06501-050
Fone 4154-2034 / Fone Fax: 4154 - 5417

Parnasind@ig.com.br



SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA

CNPJ - 65.697.708/0001-99 / Registro Mtb 46.000.006973/93-90
ÓRGÃO SINDICAL DE BASE - SANTANA DE PARNAÍBA / S.P - Fundada em 30/03/1993

Parnasind

015/13 SSPMSP/V

Santana de Parnaiba, 24 de Junho de 2013.

Venho através desta, encaminhar as documentações necessárias para dar entrada no sinistro relacionado abaixo:

Sinistro: Acidente Pessoal.
Segurado: Paulo Aparecido da Silva.

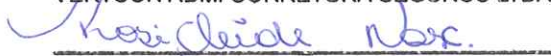
Documentações:

- (01) Aviso de Sinistro (Vertcon Seguros) - Original.
- (01) Ficha de atendimento médico - Original.
- (01) Declaração do segurado, informando que o médico não preencheu o boletim de ocorrência da Vertcon Seguros.
- (01) Aviso de Sinistro - (American Life) - Original.
- (01) Declaração do segurado, descrevendo como ocorreu o acidente. (Reconhecido firma).
- (01) Cópia do comprovante de residência - Autenticado.
- (01) Cópia do RG e CPF do segurado - Autenticada.
- (03) Cópias de atestados médico - Com carimbo que confere com o original.
- (01) Cópia do Holerite .
- Declaração da Prefeitura, informando os dias que o funcionário ficou afastado de suas atividades profissionais.

Sem mais para o momento,


Charlene Carina

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.


Rosicleide Novak



25.06.13

À
Rosicleide
Vertcon Seguros

Rua André Fernandes, 104 - Centro Histórico - Santana de Parnaíba / SP - CEP 06501-050
Fone 4154-2034 / Fone Fax: 4154 - 5417

Parnasind@ig.com.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:	Sindicato dos Juru Publ. Impun - Juru Barreira			SUB-GRUPO	CNPJ	
Proponente/Titular	Paulo Aparecido da Silva			65.697.708/0001-99		
RG	Estado Civil	Sexo	MATRICULA / RE	CPF	Data Nascimento	
27.541.6483	Casado	M	22512	268.903.278-37	08/12/76	
Cônjuge	Fernando Bruno Pinheiro			Natural de	Data Nascimento	
					Orçoes - SP	09.12.80

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA:
Avenida Yefris Lokoka - Revolucionária 03 (Data acidente 06/10/12)

Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e conseqüências.

Em deslocamento para assumir o plantão no dia 06/10/2012, onde eu estava de correnta com o GMC manuseado, sofremos um acidente de moto na Avenida Yefris Lokoka na rotatória do revolucionária 03. No qual apenas eu sofri ferimento no joelho esquerdo, sendo socorrido pelo próprio piloto até o Somb. de Barueri, sendo medicado e afastado das atividades.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	
Em caso negativo quais foram as causas	
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?	
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	
O Acidentado teve alta? Em que data?	
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	
Qual o percentual de redução Funcional?	
Nome do Médico Assistente.	
Endereço do Médico.	
CRM	
LOCAL / DATA	Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL: Juru Barreira Data: 21/08/2013

Assinatura do Acidentado: Paulo APARECIDO DA SILVA

OBS: - Em caso de Solicitação de reembolso, anexar recibos e notas fiscais originais



American Life Companhia de Seguros
 Av. Angélica, 2029 - Santa Cecília - São Paulo - SP - CEP 01227-200
 Fone: (11) 3258-0022 - Fax: (11) 3231-4446 - CNPJ 67.865.360/0001-27

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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR		APÓLICE Nº	
SEGURADO <i>Paulo Aparecido da Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>08/12/76</i>	PROFISSÃO <i>GM</i>
SINISTRO DE <input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input checked="" type="checkbox"/> PROFISSIONAL	CAUSA <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE	DATA ADMISSÃO	ESTADO CIVIL <i>casado</i>
ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO		ULTIMO DIA TRABALHADO	ULTIMO SALÁRIO
De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo :			
De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo :			
De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo :			
De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo :			
Estava aposentado? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Desde quando?	- Motivo :	

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE
<i>Jenouas B. Pinheiro</i>	<i>Esposa</i>		

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO <i>Paulo Aparecido da Silva</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>08/12/76</i>	PROFISSÃO <i>GM</i>	TELEFONE <i>8852.4458</i>
ENDEREÇO <i>Sua felicidade, 274 - Vila Silvânia</i>		CIDADE <i>Carapicuíba</i>	UF <i>SP</i>	
DATA DO ACIDENTE <i>08/07/12</i>	HORA	LOCAL DO ACIDENTE <i>Avenida Yojira Tokaska - Residencial 03</i>		

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Em deslocamento para assumir o plantão no dia 08/07/12 onde eu estava de correnta com o GMC meu nome é Tokaska na rotatória de moto na avenida Yojira Tokaska no sentido de residência 03. No final ocorreu o golpe de frenagem no cinto esquerdo sendo ocorrido pelo próprio piloto ou o nome do Baueri.

TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? SIM NÃO
 QUAL?

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO

NOME	ENDEREÇO
NOME	ENDEREÇO

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO

DATA 1º SOCORRO <i>08/07/12</i>	LOCALIDADE <i>Baueri</i>	ESTABELECIMENTO <i>SAMEB</i>
ENDEREÇO <i>R. Prof. João da Matta e Luz, 252</i>	CIDADE <i>Centro - Baueri</i>	UF <i>SP</i>
NOME DO MÉDICO	CRM Nº	TELEFONE <i>06401-120</i>
		ENDEREÇO

INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE Nº	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INV. PERM. ACIDENTE	INV. PERM. DOENÇA	PROFISSIONAL

Nesta oportunidade, autorizo a American Life Companhia de Seguros, através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.


Jana Paruaibe - 21/08/2013

LOCAL E DATA

PAULO APARECIDO DA SILVA
 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

SANTANA DE PARNAIBA 21/06/13

VENHO POR MEIO DESTA, INFORMAR QUE O MÉDICO SE NEGOU
A PREENCHER O RELATÓRIO DA NERTCON. DEVIDO A ESTE FATO SEGUÊ
ANEXO DE CLARAÇÃO.


Paulo APARECIDO DA SILVA

sendo medicina e afastados das atividades.

AVISO DE SINISTRO
 VIDA EM GRUPO FICOU ACIDENTES
 PESSOAS

Atendimento da Companhia de Seguros
 Av. Paulista, 2039 - Sala 503 - CEP 01311-900 - São Paulo - SP
 Fone (11) 3072-0000 - Fax (11) 3072-4400 - E-mail: atendimento@vgs.com.br



INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

Nome: _____ CPF: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Estado: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Estado: _____
 Data de Emissão: ____/____/____
 Data de Vencimento: ____/____/____

BENEFICIÁRIOS

Nome	CPF	Parentesco	Porcentagem
_____	_____	_____	____%
_____	_____	_____	____%
_____	_____	_____	____%

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

Nome: _____ CPF: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____ Estado: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ Estado: _____
 Data de Emissão: ____/____/____
 Data de Vencimento: ____/____/____

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO

Nome: _____ CPF: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO

Local de Atendimento: _____
 Nome do Médico: _____
 Data do Atendimento: ____/____/____

INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAS EM VIGOR NESTA DATA

Seguradora	Valor	Prêmio
_____	_____	_____

Assinatura do Segurado: _____
 Assinatura da Companhia de Seguros: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8620-7

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR



Paulo APARECIDO DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

014159

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GREG & SONS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 27.541.648-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/NOV/2009

NOME PAULO APARECIDO DA SILVA

FILIAÇÃO JOAO MORAES DA SILVA

E MARIA TELMA DA SILVA

NATURALIDADE OSASCO -SP DATA DE NASCIMENTO 08/DEZ/1976

DOC ORIGEM OSASCO SP OSASCO

CPF CN: LV.A07 / FLS.391 / N.011359

Q. A. L. L. 120 Delegado Divisório
CARLOS ANTONIO EADINCOBEIJA de Polícia IIRGD, SSP, SP

CEI Nº 7.116 DE 29/08/83

OFICINA DE REGISTRO E DIINTERDIÇÕES
COM. CARAPICUÍBA
Everton Vieira Unacon
Escrevente

Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
028AB900838

Bel. Julio Cesar Bonafini - Tabelião
Autenticação
17 MAIO 2013

Autentico a presente cópia reprográfica conforme ao original a mim apresentado, do que dou fé, valor dos autos R\$ _____
(Válido somente com selo de autenticidade)

FICHA CADASTRAL

CPF: 268903278-37
Nome: PAULO APARECIDO DA SILVA

Nascimento: 08/12/76
Nome da Mãe: MARIA TELMA DA SILVA

Endereço:
R DA FELICIDADE, 755 - VL DIRCE
06382-270 CARAPICUÍBA - SP

ATENÇÃO Para maior proteção do seu cartão, dobre no local indicado, assine e plastifique.

Confira cuidadosamente seus dados cadastrais. Mantenha seu endereço sempre atualizado. Para qualquer alteração, compareça a uma Agência de Correio munido deste Cartão de sua Identidade e Título Eleitoral. Isto não lhe trará qualquer despesa adicional.

Secretaria da Receita Federal

OFICINA DE REGISTRO E DIINTERDIÇÕES
COM. CARAPICUÍBA
Everton Vieira Unacon
Escrevente

Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
0218AB900838

Bel. Julio Cesar Bonafini - Tabelião
Autenticação
17 MAIO 2013

Autentico a presente cópia reprográfica conforme ao original a mim apresentado, do que dou fé, valor dos autos R\$ _____
(Válido somente com selo de autenticidade)

vivo

Seu Demonstrativo de Despesas

Telefônica Brasil S.A.
Rua Martiniano de Carvalho, 851 - Bela Vista
São Paulo - SP - CEP: 01521-001
Inscrição Estadual 108.363.949.112 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62
http://www.vivo.com.br

6913 - A

Local 11151
Uso RESIDENCIAL
Telefone 4189-5365 0
DV 0
NRC 06483820287
Total da Fatura 18,09
Vencimento 01/05/2013
Mês 04/2013



CTC JAGUARE SPM PL7
PAULO APARECIDO DA SILVA
R FELICIDADE 271 CSA 1- VL CAPRIOTTI
06382-270 CARAPICUIBA - SP



720809188904868000000345710230413

Vencimento 01/05/2013

Central de Relacionamento: 10315

Table with columns SERVIÇOS and VALOR (R\$). Rows include Planos de Minutos - Ligações Locais (5,31), Outros Serviços (11,38), Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Normal (0,11), Ligações para Celular (1,29), and TOTAL A PAGAR (18,09).

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC): 103 15. Pessoas com deficiência de fala/audição, acesso pelo 142. Para saber qual a loja Vivo mais perto de você ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br



Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

Para realizar ligações de longa distância, consulte os Códigos das Prestadoras: 12-CTBC 15-VIVO 17-TRANSIT 18-SPIN TELECOM 19-ÉPSILON 21-EMBRATEL 23-INTEG 24-DIALDATA 25-GVT 26-IDT 29-T-LESTE 31-TELEMAR 32-CONVERGIA 34-ETML 35-EASYTONE 36-DSL VOX 38-TESA 41-TIM 42-GT GROUP 45-GLOBAL CROSSING 46-HOJE TELECOM 47-BT COMMUNICATIONS 49-CAMBRIDGE 57-ITACEU 58-VOITEL 61-NEXUS 62-OTS OPTION 63-HELLO BRAZIL 65-TELECOM 65 67-E-1 72-LOCAWEB 73-PLUMIUM 75-VIPWAY 76-SMART VOIP 81-DATORA TELECOM; 83-AMERICA NET 89-KONECTA 91-IP CORP TELECOM 96-AMIGO TELECOM 98-ALPHA NOBILIS; ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.



O processo de faturamento das ligações está Certificado conforme Resolução 426 de 09/12/2005 (artigo 18).

Text block with 'vivo 15' logo and information about area codes: 'A partir de 25/08/2013, nas áreas de DDDs 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19 e, a partir de 27/10/2013, nas áreas de DDDs 21, 22, 24, 27 e 28 os celulares terão 9 dígitos. Será acrescentado o "9" antes do número atual, que passará a ter o formato: (DDD) 9xxxx-xxxx. Para mais informações acesse www.vivo.com.br/9dígito'

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



Rectangular stamp: TABELÃO DE NOMES E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DA COMARCA DE CARAPICUIBA / SP, Bel. Julio Cesar Bonafini - Tabelião Autenticação, 17 MAIO 2013, 0218AB900843

Este documento é uma cópia reprográfica que confirma a autenticidade do original a mim apresentado, do que dou fé. Valor dos autos R\$ (Válido somente com selo de autenticidade)



**PREFEITURA DE
SANTANA DE PARNAÍBA**
NOVO TEMPO, NOVOS RUMOS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, o servidor PAULO APARECIDO DA SILVA prontuário nº. 22.512, portador da cédula de identidade nº 27.541.648-3/SSP-SP esteve afastado de suas atividades nesta municipalidade por motivo de Licença Médica no período de 06/07/12 à 31/07/12.

Sendo só o que temos a declarar,

Santana de Parnaíba, 20 de junho de 2013.


ADRIANO DE FREITAS GONÇALVES
Secretário Municipal de Administração

Karla
DRH/SMA.

LAUDO MÉDICO PARA COMUNICAÇÃO DE AGRAVO RELACIONADO AO TRABALHO

SECRETARIA DE SAÚDE

ÓRGÃO EMISSOR

NOME DO PACIENTE

Nº DO CARTÃO SUS:

CPF:

PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL

ENDEREÇO/Nº

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF

CEP:

DATA DE NASCIMENTO

CBO/TRABALHADOR

SEXO

MASC.

FEM.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

TIPO DE CAUSA EXTERNA

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

CNPJ DA SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES E/OU DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREG.

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

CNPJ / EMPRESA

CNAE / EMPRESA

ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE TRABALHO/TRAJETO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

queda de moto com esforço
 esvaziado

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS:

ADP base ND

AGNÓSTICO INICIAL

CID (1)

CID (2)

CLÍNICA CIRÚRGICA

CLÍNICA OBSTÉTRICA

CLÍNICA MÉDICA

OCEDIMENTO SOLICITADO

FPT/CRON

PSIQUIÁTRICO

PEDIÁTRICA

OUTRAS

SINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (Nº DE REGISTRO E ATESTADOR)

Dr. Vicente de O. de Gama
 CRM: 67.526

CRM

DATA

67526

06/10/10



Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

Sistema - CMTI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome PAULO APARECIDO DA SILVA		
Registro Funcional 22512	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRA(O)
Endereço Residencial RUA FELICIDADE, 364 VILA SILVANIA CARAPICUIBA		Telefone 0 0
Secretaria de Origem GUARDA MUNICIPAL		Data de Emissão 10/7/2012

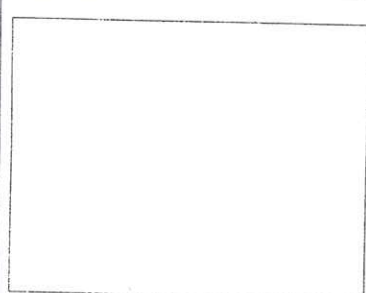
Data: **10/7/2012**
Válida somente na
data da expedição

Paulo APARECIDO DA SILVA

Assinatura do Servidor

QUESITOS A CARGO DO MÉDICO DO TRABALHO

<p>1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PROVISORIAMENTE</p> <p>2 - Em caso afirmativo?</p> <p>2.1 - É suscetível de recuperação para o seu trabalho?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>2.2 - É suscetível de reabilitação para outra atividade?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO</p> <p>3 - Parecer conclusivo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Favor à concessão de(007) dia(s) de licença à partir de 6/7/2012</p>	<p>RETORNAR SMST ANTES.</p>
--	-----------------------------



CID S80.0
CRM 29602

10/7/2012
Data

Dr. André Alonzo Gonzalez
CRM SP 42.207
MÉDICO DO TRABALHO
R. ...

Assinatura e Carimbo

GUARDA MUNICIPAL COMUNITÁRIA
 Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba
 ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
 Data: 17/06/2013
Claudio Rossoni Junior
 INSP GMC RE. 2954
 Assinatura-carimbo-RE

Claudio Rossoni Junior
 INSP GMC RE. 2954



Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

Sistema - CMTI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome PAULO APARECIDO DA SILVA		
Registro Funcional 22512	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRA(O)
Endereço Residencial RUA FELICIDADE, 364 VILA SILVANIA CARAPICUIBA		Telefone 0 0
Secretaria de Origem GUARDA MUNICIPAL		Data de Emissão 16/7/2012

Data: **16/7/2012**

Válida somente na data da expedição

PAULO APARECIDO DA SILVA

Assinatura do Servidor

QUESITOS A CARGO DO MÉDICO DO TRABALHO

1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?

SIM NÃO PROVISORIAMENTE

2 - Em caso afirmativo?

2.1 - É suscetível de recuperação para o seu trabalho?

SIM NÃO

2.2 - É suscetível de reabilitação para outra atividade?

SIM NÃO

3 - Parecer conclusivo

Favor à concessão de(008) dia(s) de licença à partir de 13/7/2012

CONTINUAÇÃO DO ATESTADO ANTERIOR.
ENCAMINHADO CAIXA DE PREVIDENCIA.

CID S80.0

CRM 29602

16/7/2012

Data

Assinatura e Carimbo

GUARDA MUNICIPAL COMUNITÁRIA
 Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba
 ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Claudio Rossoni Junior
 INSP GMC RE 2954
 Assinatura-carimbo-RE

Claudio Rossoni Junior
 INSP GMC RE. 2954



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA**

MEMO N.º

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1 - NOME

PAULO APARECIDO DA SILVA

2 - REGISTRO FUNCIONAL

22512

3 - DATA NASC.

08/12/1976

4 - COR

5 - SEXO

MASCULINO

6 - ESTADO CIVIL

SOLTEIRO

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA DA FELICIDADE, 364 - VILA SILVIANA - CARAPICUIBA

8 - TELEFONE

(11) 4167-4768 (11) 8852-4458

9 - CARGO / FUNÇÃO

GUARDA MUNICIPAL COMUNITÁRIO

10 - SECRETARIA DE ORIGEM

SEC. MUNIC. DE SEG. URBANA

11 - DATA DE EMISSÃO

19/07/2012

12 - LICENÇA MÉDICA

INICIAL

PRORROGAÇÃO

13 - FINAL DA ÚLTIMA LICENÇA - DATA

20/07/2012

PARA USO DA PERÍCIA

ASSINATURA DO SERVIDOR

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?

- SIM

- PROVISORIAMENTE

- NÃO

- DEFINITIVAMENTE

2 - EM CASO AFIRMATIVO

2.1 - É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU TRABALHO?

- SIM

- NÃO

2.2 - É SUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO PARA OUTRA ATIVIDADE?

- SIM

- NÃO

É INCAPAZ DEFINITIVAMENTE PARA O EXERCÍCIO DE QUALQUER CARGO/FUNÇÃO NA P.M.S.P.

3 - PARECER CONCLUSIVO

FAVOR À CONCESSÃO DE LICENÇA A PARTIR DE:

21/02/12 A 31/03/12

CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA

ALTA/APTO A PARTIR DE:

01/08/12

AVALIAÇÃO S.M.S.T.

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

- SIM

- NÃO

COMPARECEU À PERÍCIA MÉDICA NA PRESENTE DATA NO HORÁRIO DAS

CID

S 80

CRM

58430

19/07/12

DATA

PERITO: ASSINATURA E CARIMBO

C - REVISÃO

- CONFIRMADO

- ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO COORDENADOR

OBSERVAÇÕES DO D.P.

GUARDA MUNICIPAL COMUNITÁRIA
Prefeitura Municipal de Santana de Parnaíba
ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 13/06/13
Claudio Rossoni Junior
INSP GMC RE 2954
Assinatura-carimbo-RE

Claudio Rossoni Junior
INSP GMC RE. 2954