



São Paulo, 29 de Abril de 2004.

002671/2004

SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO

Corretor : VERTCON ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - VP071J

REF.: Sinistro 1/1790/2004

93 - VIDA EM GRUPO

Segurado: RONALDO SOARES FREITAS

Estipulante : 51382-SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RUB

A PRESENTE TEM A FINALIDADE DE LEVAR AO SEU CONHECIMENTO, QUE ESTAMOS IMPOSSIBILITADOS DE ACOLHER O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, TENDO EM VISTA O SINISTRO NÃO TER SIDO AVISADO DENTRO DO PRAZO ESTABELECIDO NAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO, PREJUDICANDO ASSIM A ANÁLISE ADEQUADA DO PROCESSO.

DIANTE DO EXPOSTO, ESTAMOS ENCERRANDO O PROCESSO SEM INDENIZAÇÃO.

Atentamente,

Victor Sanches

Victor A. C. Sanches
Sinistro de Seguros de Pessoas

ARQUIVAR
PAGOS
PORTO.

**VERTCON
SEGUROS®**

São Paulo, 31 de março de 2004

PORTO SEGURO
Cia. de Seguros Gerais

07 ABR. 2004

DEPTO. SINISTRO DE PESSOAS
- MATRIZ -

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

1790/04
REF.SIN.: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO - SUB 51382
RONALDO SOARES FREITAS

Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

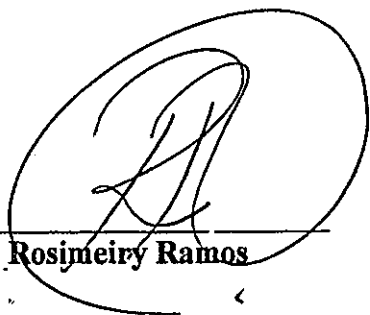
- Aviso de Sinistro
- Cópia Autenticada de RG e CPF
- CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho
- Solicitação de Perícia Médica (02)
- Autorização de Pagamento
- Resultado de Exame RX 02 filmes (pequeno)

27/04/04
TÉRMINO *27/05/04*

5/ COB. AVISO APÓS
5 DIAS

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

Atenciosamente


Rosimeiry Ramos

SÃO PAULO

Rua Tabatinguera, 83 - 1º Andar - Centro - Cep: 01020-001 - Central Telefônica / TeleFax: (11) 3242 2422

e-mail: vertcon@uol.com.br



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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE			
ESTIPULANTE/EMPREGADOR	PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO		APÓLICE Nº
SEGURADO	DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
RONALDO SOARES FREITAS	06/11/58	GCM	CASADO
SINISTRO DE	CAUSA	DATA DE ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA DE TRABALHO
☐ MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ D.M.H. ☒ D.I.T.	☐ NATURAL - DOENÇA ☒ ACIDENTE		ÚLTIMO SALÁRIO

ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? _____ EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR:

PERÍODO DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

DE: ____/____/____ A ____/____/____ MOTIVO _____

ESTAVA APOSENTADO? _____ DESDE QUANDO? _____ MOTIVO _____

BENEFICIÁRIOS			
NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE			
NOME	DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE
			6152 6384
ENDEREÇO		CIDADE	ESTADO
			9628 4565
DATA DO ACIDENTE	HORAS	LOCAL DO ACIDENTE	

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Fragor de Joelho e lesão de minicula anterior

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? _____ QUAL? _____

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

NOME	ENDEREÇO
NOME	ENDEREÇO

DATA DO PRIMEIRO SOCORRO	LOCALIDADE	HOSPITAL

NOME DO MÉDICO	ENDEREÇO

DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA	NOME DO MÉDICO	ENDEREÇO

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

SEGURADORA	APÓLICE	MORTE	INVALIDEZ	D.M.H.	D.I.T.

PELA PRESENTE, COMUNICO À PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS O SINISTRO OCORRIDO COM O SR.(A) _____

NESTA OPORTUNIDADE, AUTORIZO A COMPANHIA SEGURADORA ATRAVÉS DE SUA ASSESSORIA MÉDICA, A OBTER DE TODO E QUALQUER MÉDICO, INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PREVIDENCIÁRIAS, QUE ATENDERAM AO SEGURADO, AS INFORMAÇÕES SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE. OS MÉDICOS E/OU INSTITUIÇÕES INFORMANTES, FICAM LIBERADAS DA OBRIGAÇÃO DE GUARDAR SIGILO PROFISSIONAL.

SÃO PAULO 30 março 2003
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

9161

ASSINATURA DO TITULAR

Ronaldo Suares Freitas

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 44.400.000-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/05/79

NOME RUI DO SOUZA FREITAS

FILIAÇÃO ADILDO DE OLIVEIRA FREITAS

NATURALIDADE SP

DATA DE NASCIMENTO 06.11.58

CPF 007.823.938

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 11.100 DE 28/08/66

Colégio Notarial do Brasil - SP

CIVIL PESSOAS NATURAIS

ANTÔNIO JULIO - Escrevente

1082AA 155-230

30 MAR 2004

ANTÔNIO JULIO - Escrevente

Valor Cobrado R\$ 1,30

Válida somente com o selo de autenticidade

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FISICAIS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

NASCIMENTO 06.11.58

CONTRIBUINTE RONALDO SUARES FREITAS

INSCRIÇÃO NO CPF 007.823.938

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

Colégio Notarial do Brasil - SP

NOTAS DISTR. ERN. M. MAR

ANTÔNIO JULIO - Escrevente

1082AA 155-230

30 MAR 2004

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA - DESAT

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

1 - NOME RONALDO SOARES FREITAS				
2 - REGISTRO FUNCIONAL 581.183.001	3 - DATA DE NASCIMENTO 03/11/58	4 - COR BRANCA	5 - SEXO MASC	6 - END/RESID CASA
7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL RUA ANTÔNIO FREIRE DA SILVA, 43 - A				
8 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO 732.005.1		10 - CATEGORIA FUNCIONAL EFETIVO		11 - DATA DE INÍCIO NA PMS 08/09/87
12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO COMANDO OPERACIONAL CENTRO			13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO 33.20.100-5	14 - TELEFONE 3258-7913
15 - LICENÇA MÉDICA ☐ INICIAL ☐ PRORROGAÇÃO			16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 08/01/04	
17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: ☐ AO SERVIDOR ☐ A DEPENDENTE				
NOME DO DEPENDENTE			GRAU DE PARENTESCO AVÔ CORNELSEN RF: 574.004.5.01 1ª INSPEÇÃO	
DATA 10 / 02 / 04			ASSINATURA DO SERVIDOR	
			CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFE	

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO? ☒ SIM ☐ NÃO 2 - PARECER CONCLUSIVO ☐ CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA ☒ FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 35 DIAS DE LICENÇA 3 - LOCAL DE PERÍCIA MÉDICA ☐ DEMED ☐ HSPM ☐ DOMICILIAR ☐ OUTROS ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS: 10/2 e 15/3/04 4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO 1 / 1		5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79 ☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143 ☐ LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 146 ☐ LICENÇA À GESTANTE ARTIGO 148 ☐ LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157 ☒ LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE ____ / ____ / ____ C.A.P. Nº ____ ARTIGO 143 RECURSO DATA 10/02/04 CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE: ☐ A LICENÇA FOI MANTIDA ☐ A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA ____ DIAS A CONTAR DE ____ / ____ / ____ ARTIGO ____ DATA ____ / ____ / ____ CARIMBO DO MÉDICO PERITO CARIMBO DO MÉDICO PERITO	
ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM DOM CID ____ CRM 36415		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 ____ / ____ / ____ CARIMBO DO MÉDICO PERITO CARIMBO DO MÉDICO PERITO	

ATENÇÃO

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

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

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

____ (____) DIAS A PARTIR DE ____ / ____ / ____

DATA

CARIMBO E ASSINATURA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA - DESAT

15/03/2004 AS 08h00

SPM Nº

☒ A PÉDIO☐ E OFFIC

SENHA

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (OBRIGATORIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)

1 - NOME RONALDO SOARES FREITAS					
2 - REGISTRO FUNCIONAL 591.183.001	3 - DATA DE NASCIMENTO 03/11/58	4 - COR BRANCA	5 - SEXO MASC	6 - ESTADO CIVIL CASADO	
7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL RUA ANTONIO FREIRE DA SILVA, 43-A					
8 - TELEFONE					
9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO 732.005.1		10 - CATEGORIA FUNCIONAL EFETIVO		11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP 09/09/87	
12 - UNIDADE DE LOTACÃO COMANDO OPERACIONAL CENTRO		13 - CÓDIGO DE ENDERECEAMENTO 33.20.100-5		14 - TELEFONE 3258-7383	
15 - LICENÇA MÉDICA ☐ INICIAL ☒ PRORROGAÇÃO		16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS 09/01/04			
17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: ☒ AO SERVIDOR ☐ A DEPENDENTE					
NOME DO DEPENDENTE			GRAU DE PARENTESCO		
15/03/04			ARACI CORNELSEN		
DATA			CARIMBO E ASSINATURA DO SERVIDOR		

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO	
1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO? ☒ SIM ☐ NÃO	
2 - PARECER CONCLUSIVO ☐ CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA ☒ FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE 80 DIAS DE LICENÇA	
3 - LOCAL DE PERÍCIA MÉDICA ☐ DEMED ☐ HSPM ☐ DOMICILIAR ☐ OUTROS	
ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS: 16/3 a 04/6/04	
4 - LICENÇA EXCETO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO	
5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79 ☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR - ARTIGO 143 ☐ LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA - ARTIGO 146 ☐ LICENÇA À GESTANTE - ARTIGO 148 ☐ LICENÇA COMPULSÓRIA - ARTIGO 157 ☐ LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA PROFISSIONAL - ARTIGO 149	
REFERENTE AO ACIDENTE DE 16/03/04	
C.A.P. Nº JR. TRAJANO FILHO	
ARTIGO 143	
CURRÍCULO Nº 071970	
RECURSO	
DATA CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO	
APÓS EXAMES A QUE SUBMETEMOS O SERVIDOR/PESSOA DA FAMÍLIA, CONCLUÍMOS QUE:	
☐ A LICENÇA FOI MANTIDA	
☐ A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA DIAS A CONTAR	
DE / / ARTIGO DATA / /	
CARIMBO DO MÉDICO PERITO CARIMBO DO MÉDICO PERITO	

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 / /

DATA

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

CARIMBO DO MÉDICO PERITO

ATENÇÃO

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

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

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO

☐ CONFIRMADO ☐ ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE / /

DATA

CARIMBO E ASSINATURA

CHANCELA MÉDICA DO DEMED

1ª VIA - UNIDADE DO SERVIDOR
2ª VIA - DEMED
3ª VIA - DEMEDDe 16.03.04
de 03.06.04

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

SEGURODO/VÍTIMA: * RONALDO SOARES FREITAS
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, * RONALDO SOARES FREITAS PORTADOR (A) DO RG
N.º (anexar cópia) * 11.172.128-3 E CPF N.º (anexar cópia) * 00.782.3938-96 RESIDENTE
RUA ANTONIO FREIRE DA SILVA Nº 434 CEP: 05080-300
MUNICÍPIO/UF: * SP NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
REFERENTE A INDENIZAÇÃO DO SINISTRO OCORRIDO EM 11 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: * RONALDO SOARES FREITAS
N.º DO BANCO _____ N.º DA AGÊNCIA * 0150 CIC: 0080364

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 CIA. PARA QUE POSTERIORMENTE SEJA EFETUADO O CRÉDITO NA CONTA CORRENTE ESPECIFICADA NESSE DOCUMENTO.

SÃO PAULO 30/03/2004
LOCAL/DATA

ASS: Ronaldo Soares Freitas
FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)
COM FIRMA RECONHECIDA

ASS: _____

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

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

Ass. 1ª: _____

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

COM FIRMA RECONHECIDA

ASS. 2ª: _____

Nome: _____

CPF: _____

RG: _____

COM FIRMA RECONHECIDA

OF. REG. CIVIL P. NATURAIS/TABELIA NOT.º DISTR. ERMELINO MATARAZZO
MARIA BEATRIZ LIMA FUHLAN - TABELIA - R. BOAVENTURA R. DA SILVA, 112

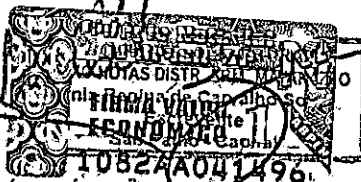
Reconheço por semelhança a firma: RONALDO SOARES FREITAS, a qual confere com os dados aqui depositados.

São Paulo, 30 de março de 2004

Eu testifico da verdade

N.º 25946739142403

TANIA REGINA DE CARVALHO SOARES - TABELIA
VALIDO C/SELLO DE AUTENTICIDADE E Firma: R\$ 3,00 Total: R\$ 3,00





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

(A EMISSÃO DESTES COMUNICADOS NÃO IMPORTA RECONHECIMENTO DO NEXO CAUSAL)

PROTOCOLO - DEMED

Nº:

DATA:

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: Ronaldo Soares FreitasRF 581.183.001

CARGO OU FUNÇÃO

PADRÃO - REFERÊNCIA

IDENTIDADE (RG)

Guarda CivilDPG-111.172.1283

CATEGORIA FUNCIONAL

CÓD. ENDEREÇAMENTO

HORÁRIO DE TRABALHO

SEXO

EST CIVIL

DATA DE NASCIMENTO

Efetivo33.20.100.519:00 às 07:00MascCas.06/11/58

END RES

R. Antonio Freire da SilvaNº 43 ANDAR -

CIDADE

São PauloUF SPCEP 08050-300TEL () -

B - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO

SECRETARIA

Municipal Segurança Urbana

DEPTO

DIVISÃO

Guarda Civil Metropolitana

SEÇÃO

Sala Rádio

EN

R. da ConsolaçãoNº 605TEL () 3258.7383

C - INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

LOCAL

R. da ConsolaçãoNº 605

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

CIDADE

São PauloUF SPCEP 01301-000

BO Nº

DATA DO ACIDENTE

26/12/03

HORA

20:00h

DIA DA SEMANA

Sexta-feira

DISTRITO Nº

OCCUPAÇÃO HABITUAL

GCM

OCCUPAÇÃO NA HORA DO ACIDENTE

GCM

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

Ao descer de seu veículo particular, desequilibrou-se, torcendo o joelho esquerdo.

PARTES DO CORPO ATINGIDAS

Joelho esquerdo

TESTEMUNHAS



RELATOS

DEF

IF

F

F

DEF

IF

D - INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO

F

Nº

MARCUS RÓS MOREIRA

R.F. 559.813.392 - GCM/GCM

Inspetor Chefe do Agrupamento

DATA DA EMISSÃO

Ronaldo Soares Freitas