



São Paulo, 02 de Abril de 2004.

002073/2004

PREFEITURA MUNIC DE SAO PAULO

Corretor : VERTCON ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - VP071J

REF.: Sinistro 1/703/2004 93 - VIDA EM GRUPO

Segurado: ROSELI ALVES DE DEUS

Estipulante : 51382-PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PAULO

INFORMAMOS QUE NÃO TEMOS COMO ACOLHER AO SEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ATRAVÉS DA GARANTIA DE "DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA", COM RELAÇÃO AO EVENTO DE 05/02/04, POIS A PATOLOGIA APRESENTADA ESTA DIRETAMENTE RELACIONADA COM A DO SINISTRO NO. 3795/03 DE 06/06/03, NO QUAL INDENIZAMOS O LIMITE DE DIÁRIAS POR EVENTO.

A NEGATIVA DA INDENIZAÇÃO ESTA FUNDAMENTADA NAS CONDIÇÕES GERAIS DESSA CLÁUSULA, A QUAL TRANSCREVEMOS ABAIXO:

"LIMITE DE DIÁRIAS

É A QUANTIDADE MÁXIMA DE DIÁRIAS A QUE O SEGURADO FARÁ JUS, A CONTAR DO 16 (DÉCIMO SEXTO) DIA DA DATA DO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS, POR EVENTO, CORRESPONDENTE À 60 (SESSENTA) DIÁRIAS".

ASSIM SENDO, ESTAMOS ENCERRANDO O PROCESSO SEM INDENIZAÇÃO.

Atentamente,

Marcia Ferreira
Sinistro de Seguros de Pessoas

Porto Seguro Vida
Alameda Barão de Piracicaba, 740 - 6º Andar
São Paulo - SP - CEP 01216-010
Tel.: (11) 3366 8877
Fax: (11) 3366 8014
16.3016-1



São Paulo, 02 de Abril de 2004.

002073/2004

PREFEITURA MUNIC DE SAO PAULO

Corretor : VERTCON ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - VP071J

REF.: Sinistro 1/703/2004

93 - VIDA EM GRUPO

Segurado: ROSELI ALVES DE DEUS

Estipulante : 51382-PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO PAULO

INFORMAMOS QUE NÃO TEMOS COMO ACOLHER AO SEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ATRAVÉS DA GARANTIA DE "DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA", COM RELAÇÃO AO EVENTO DE 05/02/04, POIS A PATOLOGIA APRESENTADA ESTA DIRETAMENTE RELACIONADA COM A DO SINISTRO NO. 3795/03 DE 06/06/03, NO QUAL INDENIZAMOS O LIMITE DE DIÁRIAS POR EVENTO.

A NEGATIVA DA INDENIZAÇÃO ESTA FUNDAMENTADA NAS CONDIÇÕES GERAIS DESSA CLÁUSULA, A QUAL TRANSCREVEMOS ABAIXO:

"LIMITE DE DIÁRIAS

É A QUANTIDADE MÁXIMA DE DIÁRIAS A QUE O SEGURADO FARÁ JUS, A CONTAR DO 16 (DÉCIMO SEXTO) DIA DA DATA DO AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS, POR EVENTO, CORRESPONDENTE À 60 (SESSENTA) DIÁRIAS",

ASSIM SENDO, ESTAMOS ENCERRANDO O PROCESSO SEM INDENIZAÇÃO.

Atenciosamente,

Marcia Ferreira
Sinistro de Seguros de Pessoas

Porto Seguro Vida
Alameda Barão de Piracicaba, 740 - 8º Andar
São Paulo - SP - CEP 01216-010
Tel.: (11) 3366 8877
Fax: (11) 3366 8014

**VERTCON
SEGUROS®**

São Paulo, 17 de março de 2004

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DEPTO. SINISTRO VIDA



703/04

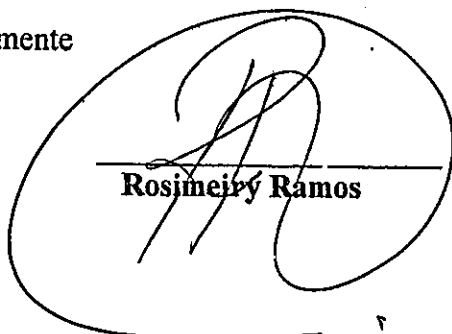
DESFAVORÁVEL.

REF.SIN.:PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
ROSELI ALVES DE DEUS (COMPLEMENTO)

Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

> Relatório Médico

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

ACIDENTE DE TRABALHO

MS/DATASUS HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL

NO. DO BR: 10050596

DATA: 04/02/2004

HORA: 17:29

SETOR: 05 - ORT/TRAUMA - FUNCIONARIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: ROSELI ALVES DE DEUS

DOC: RF547112501

IDADE: 40 ANOS

NASC: 26/08/1963

SEXO: FEMININO

ENDEREÇO: R SGT HERMINIO AURELIO SAMPAIO

NUMERO: 210

COMPLEMENTO:

BAIRRO: J SAMPAIO

MUNICIPIO: SAO PAULO

UF: SP

CEP: 03977-220

NOME DA MAE: ROSA ALVES DE DEUS

TEL: 6110-8076

RESPONSAVEL: O PROPRIO-RH 260 932

LOCAL DE PROCEDENCIA: SAPOEMBA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: TRAUMATISMO JOELHO E/OU PERNA

CASO POLICIAL.....: NAO

PLANO DE SAUDE: SIM

TRAUMA.....: NAO

ACID. TRABALHO....: SIM

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg]

PULSO: []

TEMP.: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[] RAO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLINICOS:

Paciente refere queda
do membro alto apresentando
trauma direto em joelho.
Alve edema local. Ligamento colateral
medial lesado.

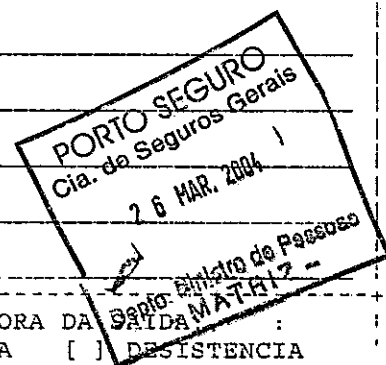
DIAGNOSTICO: Dor Articular

CID: M25.5

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx



DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: MATRIZ

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] A REVELIA

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ENDOS 04/02/2004 17:30
Traumatismo

**VERTCON
SEGUROS®**

São Paulo, 12 de Março 2004

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

REF.SIN.:PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – SUB 51382
ROSELI ALVES DE DEUS
(complemento)

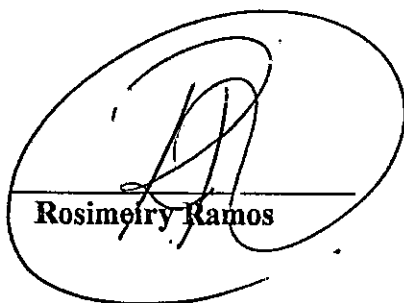


Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

- Relatório Médico
- Carta explicativa – envio de relatório médico relativo ao acidente ocorrido anteriormente
- Declaração de afastamento
- Protocolo de requisição de Laudo Médico
- Comprovante de Residência

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

Atenciosamente


Rosimeiry Ramos

Relatório Médico

H SPM

ENVIADO EM 17/03/04

PROTOCOLO

SÃO PAULO

Rua Tabatinguera, 83 - 1º Andar - Centro - Cep: 01020-001 - Central Telefônica / TeleFax: (11) 3242 2422
e-mail: vertcon@uol.com.br



DECLARAÇÃO

DECLARAMOS A QUEM POSSA INTERESSAR QUE ROSELI ALVES DE DEUS R.F 547.112.5.01 LOTADA NESTE C.E.I. JARDIM ADUTORA ENCONTRA-SE DE LICENÇA MÉDICA ACIDENTE DE TRABALHO NO PERÍODO DE (05/02/04 Á 25/03/04), CONFORME SEGUE DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

SÃO PAULO, 09 DE MARÇO DE 2004.

Maria Ap^a B. Gomes
CEI Jd. Adutora
R.F. 535.221.501

ONSTRATIVO DE DESPESAS
DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



795.532

Devolução Cx Postal 61015SP
05001-970

04013070935

210
S PAULO

- SP

Vencimento
21/01/2004

Local 11000 Uso RESIDENCIA
Telefone 6110-8076 0 DV 7 NRC 04013070935
Total da Fatura 65,50 Vencimento 21/01/2004 Mês 01/2004



CTC MOCCA/SPM PL 2
ROSELI ALVES DE DEUS
R HERMINIO A SAMPAIO, SGT
03977-220 CJ ML M DE MORAES



7280000738001810000029601410140104

Central de Atendimento a Clientes:
0800 771 5104

SERVIÇOS

Serviço Medido 198 Pulsos
Assinatura Mensal
Outros Serviços
Chamadas Locais a Cobrar
Chamadas Locais Celular/Móvel Especializado/Pessoal
Chamadas de Longa Distância Nacional Telefonica - 15

VALOR (R\$)

11,78
31,14
0,86
5,74
15,19
0,79

TOTAL A PAGAR

65,50

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 até 5 dias úteis.

Atenção:

A Telefônica informa que, de acordo com a regulamentação da Anatel, as chamadas para telefones iniciados por 7, 8 e 9 são destinadas a terminais móveis, sendo detalhadas em conta telefônica e terão tarifação específica. As chamadas para telefones iniciados por 2, 3, 4, 5 e 6 são destinadas para telefones fixos. Para informações sobre preços e tarifas consulte www.telefonica.com.br.

ABNT

Pode confiar

O sistema de cobrança da

D.O.M.

07/10/21/2004

PAG.: 31

ASSUNTO: Prática Médica

CIENTE:

SE JANEIRO 2004

10.03.04.

A Porto Seguro.

Estive no Ambulatório da ortopedia, e também no P.S. do Hospital Municipal, para solicitar o documento, sobre a torção no joelho E, que aconteceu em junho do ano passado, e foi negado, porque segundo os médicos, eles não podem falar sobre um quadro de um ano atrás, porque não me acompanharam, e jamais fariam isso.

O que o ortopedista passou, foi o quadro do dia 10.03.04, que continua o mesmo do dia do acidente, que foi passado no P.S. 04.03.04, e também pediu um exame de ressonância, conforme estou mandando para vocês.

A torção não tem nada a ver, esse documento fala sobre ligamento joelho E.

Resili Alves de Deus.



Vertcon Seguros

De: <sinistro.vida@porto-seguro.com.br>
Para: <vertcon@uol.com.br>
Enviada em: sexta-feira, 5 de março de 2004 16:52
Anexar: InterScan_SafeStamp.txt
Assunto: SIN VG 703/04 - SEG. ROSELI ALVES DE DEUS

Boa tarde!!

Para que possamos dar continuidade na análise do processo, solicitamos providenciarem:

- Relatório médico com data do 1º diagnóstico e se existe correlação com a entorse sofrida em junho/2003;
- Declaração da repartição onde trabalha informando o último dia *OK. já enviada* trabalhado;
- Comprovante de residência da segurada;
- Autorização para crédito em conta corrente bancária do segurado em caso de indenização.

At
Sinistro Vida

SOLICITEI P/ SEGURADA EM 08/03/04 16:31h.

*O SINISTRO DE JUNHO DE 2003 FOI INDENIZADO EM 60 DIÁRIAS.
PORTANTO O SINISTRO SERÁ NEGADO.*



São Paulo, 06 de Fevereiro de 2004

26/02 - Em análise

03/02 - para o 1º segurado

- relatório médico e/ data do 1º diagnóstico
- se existe correlação com a entorse sofrida em 06/03
- declaração de repatriação de trabalho, infamada último dia de trabalho

PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS

DEPTO. DE SINISTRO VIDA

70B 1104

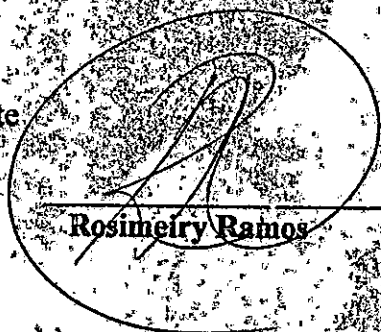
REF. SIN.: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
ROSELI ALVES DE DEUS

Segue anexo documentos referente ao sinistro

- > Aviso de Sinistro
- > Declaração da Segurada
- > Comprovante de Residência
- > Demonstrativo de Pagamento
- > Solicitação de Perícia Médica
- > Relatório Médico
- > Declaração de Comparecimento
- > Cópia de RG e CPF

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

Atenciosamente


Rosimeiry Ramos



PROTOCOLO

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	APÓLICE Nº		
SEGURADO <u>Roseli Alves de Deus</u>	DATA NASCIMENTO <u>26/08/1963</u>	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
SINISTRO DE ☐ MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ D.M.H. ☒ D.I.T. CAUSA ☐ NATURAL - DOENÇA ☐ ACIDENTE	DATA DE ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA DE TRABALHO	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
ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	
DATA DO ACIDENTE	HORAS	LOCAL DO ACIDENTE	

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Conforme descrição médica/segurada

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.

Porto Seguro, 05 Fevereiro 2004
LOCAL E DATA

Roseli Alves de Deus
ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

05.01.09.

Eu Roseli Alves de Deus declaro, que
ao sair de casa, quando estava indo
para o ~~de~~ ^{trabalho} que trabalho, escorreguei
no quintal, com a perna esquerda
para trás e cai encima da
perna.

Roseli Alves de Deus.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº

☐ A PEDIDO

☐ "EX-OFFÍCIO"

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

SENHA

1 - NOME

ROSELY ALVES DE DEUS

2 - REGISTRO FUNCIONAL

547.22.2.01

3 - DATA DE NASCIMENTO

23 / 03 / 1933

4 - COR

BRANCA

5 - SEXO

FEMININO

6 - ESTADO CIVIL

CASADA

7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA FARO 30 ANILIO LIMA LIO

8 - TELEFONE

320 13.73

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO

A.0.8 253.020.1

10 - CATEGORIA FUNCIONAL

2.0.0.0

11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP

12/03/2004

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO

C.R. JARDIM ADULTORA

13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO

09.20.000.0

14 - TELEFONE

320 13.73

15 - LICENÇA MÉDICA

☐ INICIAL

☒ PRORROGAÇÃO

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS

12/01/2004 (24 DIAS)

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: ☒ AO SERVIDOR

☐ A DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE

GRAU DE PARENTESCO

03 / 02 / 2004

DATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

Maria Ap. P. Gomes

CEI Jd. Adultora

R.F. 535.221.501

CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA

B - QUESTÕES 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

() DIAS DE LICENÇA

3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA

☐ DEMED

☐ HSPM

☐ DOMICILIAR

☐ OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS:

05/2 a 25/3/04

4 - LICENÇA EX-OFFÍCIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.989/79

☐ LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR
ARTIGO 143

☐ LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA
ARTIGO 146

☐ LICENÇA À GESTANTE
ARTIGO 148

☐ LICENÇA COMPULSÓRIA
ARTIGO 157

☒ LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL,
REFERENTE AO ACIDENTE DE

C.A.P. Nº

ARTIGO 160

ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO
FINAL A SER PUBLICADA EM DOM

CID

CRM

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

DATA

05/02/04

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

RECUBRO

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 DE-
PENDENTE, APRESENTE
DOCUMENTO COMPROBA-
TORIO DE PARENTESCO.

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO

☐ CONFIRMADO

☐ ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

() DIAS A PARTIR DE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

RECEITA
01/04
117.823-7

C.G.C. 46.392.130/0003-80

REGISTRO FUNCIONAL
547112.5.01

ROSELI ALVES DE DEUS

CATEGORIA EFETIVO CARGO/FUNÇÃO AUX DESENV INFANT CAT1 136.028.1 FÁBIO QP001E

TIPO DE FÓRÇA BANCO BRASIL AGÊNCIA 1830,9 CONTA 000002570,4 Cód. Emprego 69.20.605

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMENCLATURA

Código	Descrição	Quant.	Vencimentos	Descontos
6065	COOSERP-COOP. CONS. SERV. PUB. SP	0	0,00	0,00
6065	65-CONSUMO COOPERATIVA	0	0,00	0,00
6079	ASS.FEMININA SERV.PUBL.BRASIL	0	5,00	5,00
6079	66-MENSALIDADE	0	42,97	42,97
6100	BANCO SCHARIN S/A	0	73,09	73,09
6100	EMPRESTIMO PESSOAL	0	13,70	13,70
6108	BANCO BNL DO BRASIL S/A	0	86,21	86,21
6108	EMPRESTIMO PESSOAL	0	13,70	13,70
6118	GSEV G R E C B SERV. PUBL.	0	86,21	86,21
6122	MENSALIDADE	0	13,70	13,70
6122	HSBC BANK BRASIL S/A	0	86,21	86,21
6122	EMPRESTIMO PESSOAL	0	13,70	13,70

TOTAL	1.254,65	863,10
CPF=134.786.228.59		
DESEJAMOS UM FELIZ 2004		

REAJ. 2,62%

O ALGARISMO DO MILHAR DOS CÓDIGOS DE PAGAMENTO / DESCONTOS REFERE-SE A:

- 0 - PAGAMENTO DO MÊS
- 1 - PAGAMENTO DE MÊSES ANTERIORES
- 2 - ESTORNO DE PAGAMENTO
- 3 - DESCONTO DO MÊS
- 4 - DESCONTO DE MÊSES ANTERIORES
- 5 - ESTORNO DE DESCONTO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

RECEITA
01/04
117.833-7

C.G.C. 46.392.130/0003-00

REGISTRO FUNCIONAL
547112.301

ROSELI ALVES DE DEUS

CATEGORIA EFETIVO CARGO/FUNÇÃO AUX DESENV INFANT CAT1 136.028.1 FÁBIO QP001E

TIPO DE FÓRÇA BANCO BRASIL AGÊNCIA 1830,9 CONTA 000002570,4 Cód. Emprego 69.20.605

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMENCLATURA

Código	Descrição	Quant.	Vencimentos	Descontos
0002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	30	712,26	712,26
0009	GRATIFICACAO DIFICIL ACESSO	30	54,98	54,98
0043	ADICIONAL 3. QUINQUENIO	30	112,25	112,25
0136	DEB. A REGULARIZAR-PRINCIPAL	0	249,30	249,30
0137	DEB. A REG. - ATUAL. MONET.	0	1,21	1,21
0143	AUXILIO-REFEICAO	15	124,65	124,65
4008	ATUALIZ. MONET. DEBITO	0	240,31	240,31
5143	AUXILIO-REFEICAO	30	712,26	712,26
6001	RECEBIMENTOS INDEVIDOS	0	54,98	54,98
6013	INST. PREVID. MUNICIPAL - IPREM	0	112,25	112,25
6013	04-CONTRIBUICAO	0	249,30	249,30
6013	06-CONTRIBUICAO	0	1,21	1,21
6029	PORIO SEGURO - SEGUROS GERAIS	0	240,31	240,31
6037	SEGURO DE VIDA - GRUPO	0	712,26	712,26
6037	BANCO INDUSTRIAL E COMER S/A	0	54,98	54,98
6037	EMPRESTIMO PESSOAL	0	112,25	112,25
6045	BANCO RURAL S/A	0	249,30	249,30
6045	EMPRESTIMO PESSOAL	0	1,21	1,21

TOTAL	134.786.228,59	51,80
CPF=134.786.228.59		
DESEJAMOS UM FELIZ 2004		

REAJ. 2,33%

O ALGARISMO DO MILHAR DOS CÓDIGOS DE PAGAMENTO / DESCONTOS REFERE-SE A:

- 0 - PAGAMENTO DO MÊS
- 1 - PAGAMENTO DE MÊSES ANTERIORES
- 2 - ESTORNO DE PAGAMENTO
- 3 - DESCONTO DO MÊS
- 4 - DESCONTO DE MÊSES ANTERIORES
- 5 - ESTORNO DE DESCONTO

