

Jefferson Costa Brandão

De: <sinistro.vida@porto-seguro.com.br>
Para: <vertcon@uol.com.br>
Enviada em: sexta-feira, 27 de maio de 2005 13:18
Anexar: OP2659652005.18281.tiff
Assunto: Processo numero 93-1574-2005-SIDNEI PAULO DA SILVA

SistOK

Artsado

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

Prezado

Corretor ,

Informamos que está liberada a indenização referente ao processo supra citado. Porém, o mesmo está condicionado ao envio do termo de quitação (em anexo) devidamente datado e assinado pelo próprio beneficiário.

OBS: Após assinatura do termo de quitação, o

mesmo poderá ser entregue em qualquer regional/sucursal da Porto Seguro.

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG Anti-Virus.

Version: 7.0.322 / Virus Database: 266.11.16 - Release Date: 24/5/2005

65682938

N TENAO INICIO

EMPRESA	SUC	RAMO	APOLICE	ITEM	SIN. MATRIZ/ANO	VISTORIA	TP	VIA
	22	93-00	003002008		001574/05	/	0	08
FAVORECIDO		CPF/CNPJ		No. BANCO		No. DA AGENCIA		CONTA CORRENTE
SIDNEI PAULO DA SILVA								DIG.
VALOR LIQUIDO		TIPO DE OPERACAO		MOVIMENTO		LARGAMENTO		
499.95		001-PAGAMENTO SEGURADO						
VALOR BASTO		ISS		IR		IR ADC		
499.95		0.00		0.00				
SEGURADO/ESTIPULANTE				NOTA FISCAL/FATURA		DATA DE VENCIMENTO		DATA DA OCORRENCIA
SIDNEI PAULO DA SILVA / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RUB						31/05/2005		24/04/2005

INDENIZACAO RELATIVA A
15 DIARIAS X R\$ 33,33 = R\$ 499,95
BANCO: 0033 AG.: 00696 CONTA: 23440-5 PERIODO DE 10/05 A 24/05/05

CONDICIONAMENTO

MESSAGEM

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 GERAIS, 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
265965/2005	27/05/2005	DEPOS C/C COM CHEQUE	VERTCON ADM CORRETORA DE SEGURO
VISTOS DEPARTAMENTO		DIRETORIA	CONTROLE FINANCEIRO
			*** VISTO ELETRONICO *** 008877

** DEP. C/C ** LOCAL E DATA Matr: 6460 Hr: 13:18:40

ASSINATURA



VERTCON
Seguros

Best OK

São Paulo, 25 de maio de 2005

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Sidnei Paulo da Silva (complemento)

Segue anexo documentos relacionados abaixo para análise do referido sinistro:

-Solicitação de perícia médica ;

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

Atenciosamente,


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





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

SPM Nº _____
 A PEDIDO
 EX OFFICIO
RH Nº _____

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

1 - NOME: Sidnei Paulo da Silva
 2 - REGISTRO FUNCIONAL: 34.829.700 3 - DATA DE NASCIMENTO: 07.05.79 4 - COR: moreno 5 - SEXO: masculino 6 - ESTADO CIVIL: solteiro
 7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL: rua dor Ratoner, 411 8 - TELEFONE: 558-273
 9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: 32.008.7 10 - CATEGORIA FUNCIONAL: 3 11 - DATA DE INÍCIO NA PMS: _____
 12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: II-75 13 - CÓDIGO DE ENDEREAMENTO: 33 14 - TELEFONE: 06
 15 - LICENÇA MÉDICA: INICIAL PRORROGAÇÃO 16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA EM QUE FOI CONCEDIDA: 10.05.05
 17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR A DEPENDENTE
 NOME DO DEPENDENTE: _____ GRAU DE PARENTESCO: _____
 DATA: 24.05.05 ASSINATURA DO SERVIDOR: Sidnei Paulo da Silva CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA: _____

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 A CONCESSÃO DE 13 DIAS DE LICENÇA
 3 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA:
 DESAT. HSPM DOMICILIAR OUTROS
 ENDEREÇO COM REFERÊNCIA: _____
 4 - LICENÇA EX OFFICIO. INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO:
 DATA: _____
 ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M.
 CID: _____
 CRM: 814

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 PROFISSIONAL REFERENTE AO ACIDENTE DE 24/05/05
 C.A.P. Nº: _____
 ARTIGO 160
 DATA: 25.05.05 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: 25/5 06/6/05
 CARIMBO DO MÉDICO PERITO: _____

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: _____
 CARIMBO DO MÉDICO PERITO: _____

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

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



São Paulo, 16 de maio de 2005.

À
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: 93/1574/05- Prefeitura do Município de São Paulo
Sidnei Paulo da Silva (complemento)

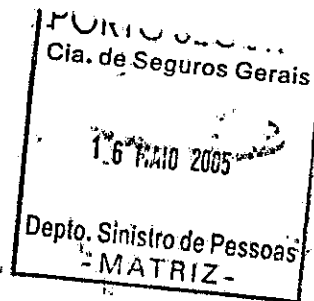
Segue anexo documentos relacionados abaixo para análise do referido sinistro:

- Cópia da receita médica ;
- Cópia da solicitação de perícia médica ;
- Cópia do comprovante de pagamento ;

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

Atenciosamente,


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



R. Conselheiro Crispiniano, 139 - 10 and. 101 Cj - Centro - São Paulo - SP

Cep: 01037-001 Fone: (11) 3219-1008 / 0301 - vertcon@uol.com.br



tail

tail

comunicado importante

Industria Ferroviária
C/C V. MARIA/SPH. PLANO

SIDNEY PAULO DA SILVA
RUA ILHA DOS RATONES, 411
08160-380 - PO. INDUSTRIAL - SAO PAULO - SP



720003133004918000006185610030505



249106

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Senha:

A FÉRIAS

"EX-OFFICIO"

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

1 - NOME: SIDNEI PAULO DA SILVA

2 - REGISTRO FUNCIONAL: 737.629.700

3 - DATA DE NASCIMENTO: 07/05/79

4 - COR: _____

5 - SEXO: MASCULINO

6 - ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

7 - Endereço Residencial: RUA ILHA DOS RATONES, 411

8 - TELEFONE: 6568-2938

9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: 7320096 - GCM

10 - CATEGORIA FUNCIONAL: EFETIVO

11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP: 26/09/03

12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO: SGM - INSPECTORIA DE FISCALIZAÇÃO

13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO: 3320501-4

14 - TELEFONE: 3313-7805

15 - LICENÇA MÉDICA: INICIAL PRORROGAÇÃO X

16 - ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS: 24/04/05 - 16 DIAS

17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR DEPENDENTE

NOME DO DEPENDENTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

DATA: 09/05/05

ASSINATURA DO SERVIDOR: *Sidnei Paulo da Silva*

CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE: *AUGUSTO M. BASSO*

B - QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1 - ESTA 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 DE PERÍCIA MÉDICA:
DEMED HSPM DOMICILIAR OUTROS

ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS: _____

4 - LICENÇA EX-OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO: _____

5 - ENQUADRAMENTO - LEI Nº 9.969/79:
 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 (Data: 04/04/05)

REFERENTE AO ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLESTIA PROFISSIONAL: _____

DATA: _____

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

CID: _____ CRM: _____

RECONSIDERAÇÃO
APOS 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
APOS 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: _____

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 _____

Jefferson Costa Brandão

Anexo

De: <sinistro.vida@porto-seguro.com.br>
Para: <vertcon@uol.com.br>
Enviada em: quarta-feira, 11 de maio de 2005 15:43
Anexar: OP2340342005.5613.tiff
Assunto: Processo numero 93-1574-2005-SIDNEI PAULO DA SILVA

*Devei rec com /
Elza dia 16/05*

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

Prezado

Corretor ,

Informamos que está liberada a indenização referente ao processo supra citado. Porém, o mesmo está condicionado ao envio do termo de quitação (em anexo) devidamente datado e assinado pelo próprio beneficiário.

OBS: Após assinatura do termo de quitação, o mesmo

poderá ser entregue em qualquer regional/sucursal da Porto Seguro.

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG Anti-Virus.

Version: 7.0.308 / Virus Database: 266.11.8 - Release Date: 10/5/2005

*TEL NAC TENHO
N TENHO PROCESSO*

65 68 2938

11/5/2005

EMPRESA	SUC	RAMO	APOLICE	ITEM	SIN. MATRIZ/ANO	VISTORIA	TP	VIA
	22	93-00	003002008		001574/05	/	0	07
FAVORECIDO SIDNEI PAULO DA SILVA				CPF/CNPJ	No. BANCO	No. DA AGENCIA	CONTA CORRENTE	DIG.
VALOR LIQUIDO				TIPO DE OPERACAO		MOVIMENTO	LANCAMENTO	
33.33				001-PAGAMENTO SEGURADO				
VALOR BASICO		ISS	IR	IR ADC				
33.33		0.00	0.00					
SEGURADO/ESTIPULANTE SIDNEI PAULO DA SILVA / SERVIDORES DO MUNICIPIO DE SAO PAULO RUB				NOTA FISCAL/FATURA		DATA DE VENCIMENTO	DATA DA OCORRENCIA	
						12/05/2005	24/04/2005	
INDENIZACAO RELATIVA A 01 DIARIA = R\$ 33,33 BANCO: 0033 AG.: 00696 CONTA: 23440-5 DATA: 09/05/05								

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 GERAIS, providenciara através de deposito bancario eletrônico, 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.

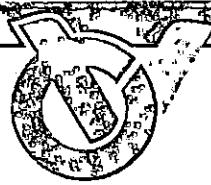
Outorgo(amos) a aludida Companhia, com o recebimento desta indenizacao, realizado por meio de credito bancario na conta corrente indicada para tal fim, a mais ampla, plena, rasa, geral, irrevogavel e irretratavel quitacao para nada mais pleitear, a que titulo for, em juizo ou fora dele, nas verbas e 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
234034/2005	11/05/2005	DEPOS C/C COM CHEQUE	VERTCON ADM CORRETORA DE SEGURO LI731J
VISTOS	DEPARTAMENTO	DIRETORIA	CONTROLE FINANCEIRO
			*** VISTO ELETRONICO *** 008877

LOCAL E DATA
 ** DEP. C/C ** Seguro de Pessoas - Sinistro Matr: 7701 Hr: 15:43:01

ASSINATURA



VERTCON
Seguros

São Paulo, 05 de maio de 2005

A
PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

At: Depto. De Sinistro Vida

Ref. Sin.: Prefeitura do Município de São Paulo
Sidnei Paulo da Silva (D.I.T)

PORTO SEGURO
Cia. de Seguros Gerais
0.6 MAIO 2005
Depto. Sinistro de Pessoa
- MATRIZ -

Segue anexo documentos relacionados abaixo para análise do referido sinistro:

- Aviso de sinistro;
- Cópia do RG E CPF ;
- Filme ;
- Receita médica ;
- Cópia da comunicação de acidente de trabalho ;
- Cópia do holerite ;
- Cópia da solicitação de perícia médica ;

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

Atenciosamente,

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



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

ESTIPULANTE/EMPREGADOR
 Prefeitura de Municípios de São Paulo

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

SEGURADO
 Sidinei Paulo da Silva

DATA NASCIMENTO 07/05/1979 **PROFISSÃO** g.c.m. **ESTADO CIVIL**

CAUSA MORTE INVALIDEZ D.L.H. D.L.T. 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

ESTÁVA APOSENTADO? **DESDE QUANDO?** **MOTIVO**

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDERECO	IDADE

INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE

NOME Sidinei Paulo da Silva **DATA NASCIMENTO** 07/05/79 **PROFISSÃO** g.c.m. **TELEFONE** 056821938

ENDERECO R. Ilha dos Ratores 411 **CIDADE** São Paulo **ESTADO** SP

DATA DO ACIDENTE 24/04/05 **HORAS** 8:00 **LOCAL DO ACIDENTE** no trabalho

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

conforme O.A.T.

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? **QUAL?** **RESPOSTA** não

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

NOME	ENDERECO

DATA DO PRIMEIRO SOCORRO	LOCALIDADE	HOSPITAL

NOME DO MÉDICO	ENDERECO

DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA	NOME DO MÉDICO	ENDERECO

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

SEGURADORA	APÓLICE	MORTE	INVALIDEZ	D.L.H.	D.L.T.

PELA PRESENTE, COMUNICO À PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS O SINISTRO OCORRIDO COM O BRANCO

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

São Paulo, 05 de maio de 05

LOCAL E DATA **ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINA (Linha do Titular)

Assina Paulo da Silva

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RICARDO GUMBERTO

910411

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO




VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

32.606.815-6

DATA DE EXPEDICAO: 17/FEV/98

NOME: SIDNEI PAULO DA SILVA

FILIAÇÃO: CARLOS PAULO DA SILVA

E: JOSELITA MARIA DE JESUS SILVA

NATURALIDADE: S. PAULO - SP

DOC. ORIGEM: S. PAULO - SP

S. PAULO - SP

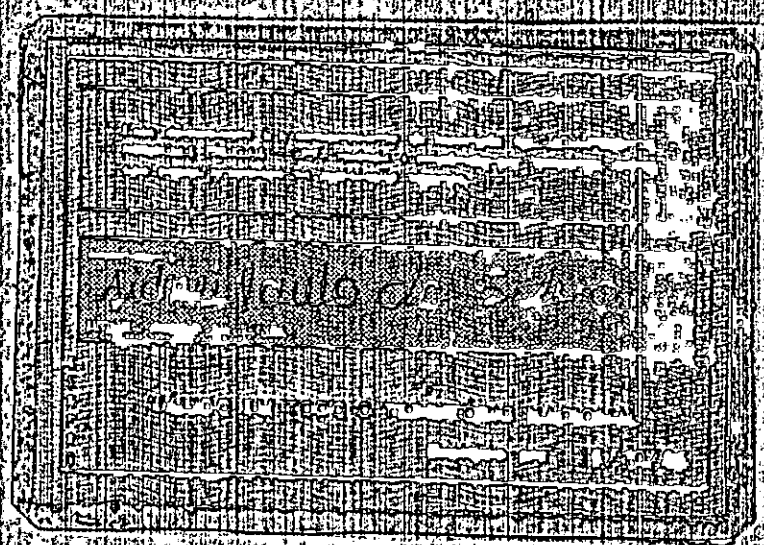
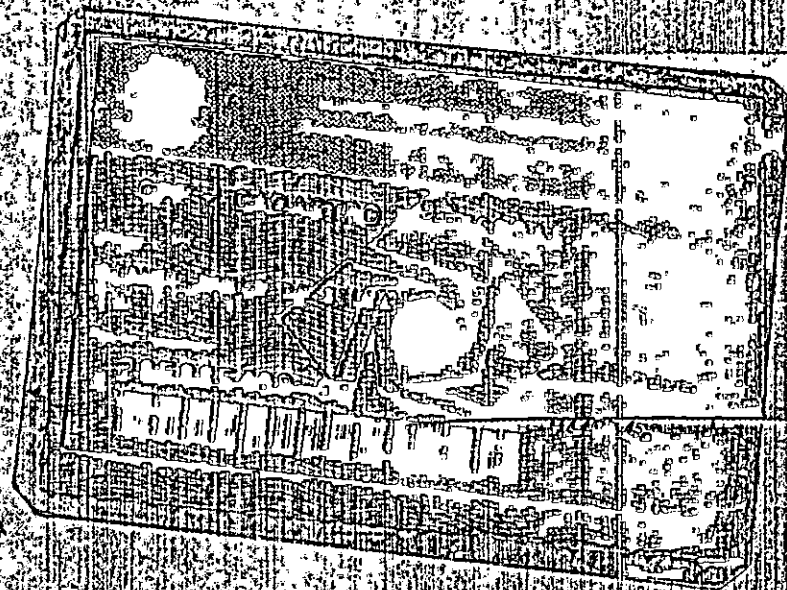
DATA DE NASCIMENTO: 07/MAI/1979

S. PAULO - SP

S. MIGUEL PAULISTA

CM: M. 459 / FLS. 212V/N. 039887

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO
C.G.C. 46.392.130/0003-80

REFERÊNCIA
3/2005

DEMONSTRATIVO
ABAIXO

NOME SIDNEI PAULO DA SILVA		REGISTRO FUNCIONAL 737829700
CATEGORIA EFETIVO	CARGO / FUNÇÃO GCM - 3 CLASSE- MASC (732008)	PADRÃO GC01A
TIPO DE PENSÃO	BANCO 033	AGÊNCIA 0696-01
	CONTA 0696-01-00023440-5	CÓD. ENDER. 3320501

SUBSTITUIÇÃO / DESIGNAÇÃO / NOMEAÇÃO

CÓDIGO	DESC.	QUANT.	VENCIMENTOS	DESCONTOS
0002	PADRAO DE VENCIMENTO/SALARIO	30	521,83	
0032	GRAT.REGIME ESP.TRAB.POLICIAL	30	260,91	
0143	AUXILIO-REFEICAO	22	191,40	
0145	AUXILIO TRANSPORTE	15	108,00	
1008	ATUALIZ.MONET. - DEC.31131/92	0	0,31	
1143	AUXILIO-REFEICAO	10	87,00	
3026	CONTRIB. AUXILIO TRANSPORTE	15		31,30
	INST.PREVID.MUNICIPAL - IPREM	0	0,00	
6013	04-CONTRIBUICAO	0		39,13
	HOSP. SERVIDOR PUBLICO MUNIC.	0	0,00	
6015	06-CONTRIBUICAO	0		15,65
	PORTO SEGURO - SEGUROS GERAIS	0	0,00	
6029	SEGURO DE VIDA - GRUPO	0		15,00
	BANCO RURAL S/A	0	0,00	
6045	EMPRESTIMO PESSOAL	0		272,73
	INST.PREVID.MUNICIPAL - IPREM	0	0,00	
7013	04-CONTRIBUICAO	0		0,01
			R\$1.169,45	R\$373,82
	TOTAIS			R\$795,63
			LIQUIDO A CREDITAR	

COX SILVA

1- NOME COMPLETO: **COX SILVA**
 2- DATA DE NASCIMENTO: **07-05-79**
 3- ENDEREÇO: **RUA ICHAN DOS RODONES, 411**
 4- COR: **BRANCO**
 5- SEXO: **Masculino**
 6- ESTADO CIVIL: **Solteiro**
 7- ENDEREÇO: **RUA ICHAN DOS RODONES, 411**
 8- TELEFONE: **6568-2938**
 9- CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO: **732.0085 OGII**
 10- CATEGORIA FUNCIONAL: **EFETIVO**
 11- DATA DE INICIO NA PMS: **26-09-03**
 12- UNIDADE DE LOTAÇÃO: **SGM - INSPECTORIA DE FISCALIZAÇÃO**
 13- CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO: **3320501-4**
 14- TELEFONE: **3313-780C**
 15- LICENÇA MÉDICA: **PROFISSIONAL**
 16- ÚLTIMA LICENÇA - DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS

17- ESTA LICENÇA DESTINA-SE: AO SERVIDOR DEPENDENTE

18- NOME DO DEPENDENTE: **Adriano Paulo da Silva**
 GRAU DE PARENTESCO: **filho**
 DATA: **26-04-05**
 ASSINATURA DO SERVIDOR: **[assinatura]**
 CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE: **[assinatura]**

B - QUÉSTIOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

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

2- RAZÃO: **INCAPACITADO**

3- CONCESSÃO DE LICENÇA: **CONCESSÃO DE**
 4- Nº DE DIAS DE LICENÇA: **16**
 5- MOTIVO: **PROFISSIONAL** OUTROS

6- ENQUADRAMENTO - LEI Nº 8.529/73
 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 QUÍMICA PROFISIONAL REPERENTE AO ACIDENTE DE **ARTIGO 143**

7- DATA: **26/04/05**
 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO PERITO: **[assinatura]**

8- RECONSIDERAÇÃO: **26/04/05**
 9- APÓS EXAMES A QUE SUBMETEHOS O SERVIDOR PESSOA DA FAMÍLIA CONCLUIAMOS QUE:
 A LICENÇA FOI MANTIDA
 A LICENÇA NEGADA FOI ALTERADA PARA **16** DIAS A CONTAR DE **26/04/05** ARTIGO **143**

10- DATA: **26/04/05**
 CARIMBO DO MÉDICO PERITO: **[assinatura]**

C - REVISÃO/RETIFICAÇÃO CONFIRMADO ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER: **16 dias de licença**

11- APRESENTA-SE NA DATA: **16 dias de licença**
 12- ESTÁ O DOCUMENTO COM UM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.
 13- TRATANDO-SE DE DEPENDENTE: **APRESENTE**
 14- DOCUMENTO COMPROVA O GRAU DE PARENTESCO: **filho**

DATA: **26/04/05**
 CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE: **[assinatura]**

1- INCAPACITADO
 2- INCAPACITADO
 3- INCAPACITADO
 4- INCAPACITADO
 5- INCAPACITADO
 6- INCAPACITADO
 7- INCAPACITADO
 8- INCAPACITADO
 9- INCAPACITADO
 10- INCAPACITADO
 11- INCAPACITADO
 12- INCAPACITADO
 13- INCAPACITADO
 14- INCAPACITADO
 15- INCAPACITADO
 16- INCAPACITADO
 17- INCAPACITADO
 18- INCAPACITADO
 19- INCAPACITADO
 20- INCAPACITADO
 21- INCAPACITADO
 22- INCAPACITADO
 23- INCAPACITADO
 24- INCAPACITADO
 25- INCAPACITADO
 26- INCAPACITADO
 27- INCAPACITADO
 28- INCAPACITADO
 29- INCAPACITADO
 30- INCAPACITADO
 31- INCAPACITADO
 32- INCAPACITADO
 33- INCAPACITADO
 34- INCAPACITADO
 35- INCAPACITADO
 36- INCAPACITADO
 37- INCAPACITADO
 38- INCAPACITADO
 39- INCAPACITADO
 40- INCAPACITADO
 41- INCAPACITADO
 42- INCAPACITADO
 43- INCAPACITADO
 44- INCAPACITADO
 45- INCAPACITADO
 46- INCAPACITADO
 47- INCAPACITADO
 48- INCAPACITADO
 49- INCAPACITADO
 50- INCAPACITADO
 51- INCAPACITADO
 52- INCAPACITADO
 53- INCAPACITADO
 54- INCAPACITADO
 55- INCAPACITADO
 56- INCAPACITADO
 57- INCAPACITADO
 58- INCAPACITADO
 59- INCAPACITADO
 60- INCAPACITADO
 61- INCAPACITADO
 62- INCAPACITADO
 63- INCAPACITADO
 64- INCAPACITADO
 65- INCAPACITADO
 66- INCAPACITADO
 67- INCAPACITADO
 68- INCAPACITADO
 69- INCAPACITADO
 70- INCAPACITADO
 71- INCAPACITADO
 72- INCAPACITADO
 73- INCAPACITADO
 74- INCAPACITADO
 75- INCAPACITADO
 76- INCAPACITADO
 77- INCAPACITADO
 78- INCAPACITADO
 79- INCAPACITADO
 80- INCAPACITADO
 81- INCAPACITADO
 82- INCAPACITADO
 83- INCAPACITADO
 84- INCAPACITADO
 85- INCAPACITADO
 86- INCAPACITADO
 87- INCAPACITADO
 88- INCAPACITADO
 89- INCAPACITADO
 90- INCAPACITADO
 91- INCAPACITADO
 92- INCAPACITADO
 93- INCAPACITADO
 94- INCAPACITADO
 95- INCAPACITADO
 96- INCAPACITADO
 97- INCAPACITADO
 98- INCAPACITADO
 99- INCAPACITADO
 100- INCAPACITADO

LICENCIADO AFONSO DE A. J. J. J.
 Médico
 Nº 1051 - CRM/SP
 Nº 1051 - CRM/SP
 Nº 1051 - CRM/SP



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT

PROTÓCOLO Nº: _____
 Nº: _____
 DATA: _____

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

A - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME: **SIDNEI PAULO DA SILVA** Nº: **737.829.7.00**
 CARGO OU FUNÇÃO: **GCM** PADRÃO - REFERÊNCIA: **GCO1** IDENTIDADE: **32.606.815-6**
 CATEGORIA FUNCIONAL: **G FETIVO 0** COD. ENDEREÇAMENTO: **320501** HORÁRIO DE TRABALHO: **07:00 AS 19:00** SEXO: **M.** EST. CIVIL: **SOLT.** DATA DE NASCIMENTO: **07/05/1979**
 END. RES.: **RUA ILHAN DOS RABONES** Nº: **401**
 CIDADE: **SÃO PAULO** UF: **SP** CEP: **08160-380** TEL: **(11) 65682938**

B - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO

SECRETARIA: **GOVERNO MUNICIPAL** DEPTO.: **SUFINE**
 DIVISÃO: **FISCALIZAÇÃO** SEÇÃO: _____
 END.: **AV DO ESTADO** Nº: **680** ATEL: **(11) 33137806**

C - INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

LOCAL: **I - FISCALIZAÇÃO** Nº: **680A** ESTIM. DE OCORRÊNCIA: _____
 CIDADE: **SÃO PAULO** UF: **SP** CEP: _____ S.O. Nº: _____
 DATA DO ACIDENTE: **24/04/05** HORA: **08:00** DIA DA SEMANA: **DOMINGO** DISTRITO Nº: _____
 OCUPAÇÃO HABITUAL: **GCM** OCUPAÇÃO NA HORA DO ACIDENTE: **GCM**

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: **O SERVIDOR AO ENTRAR NO CARRO VERIFICOU DEIXOU A PORTA ENTRE ABERTA SEGURANÇO COM A MÃO O MOTORISTA NÃO PERCEBEU E FECHOU A PORTA E SUA MÃO ESQUERDA FICOU PRESA.**

PARTES DO CORPO ATINGIDAS:

MÃO ESQUERDA

TESTEMUNHAS

1º) **GCM BONFIN** TEL: () _____ Nº: _____
 END.: _____
 CIDADE: _____ CEP: _____ UF: _____ ASSINATURA: _____
 2º) **GCM IVAN** TEL: () _____ Nº: _____
 END.: _____
 CIDADE: _____ CEP: _____ UF: _____ ASSINATURA: _____

D - INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA DO TRABALHO

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA: _____
 INÍCIO DA DOENÇA: _____

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DA DOENÇA: _____

Delega Fala Patrícia de Carvalho
 Inspetora
 RP 570.271.2.01
 INQUÉRITO E ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO
 DATA DA EMISSÃO: **25/04/05**
 Assinatura do Servidor ou Preposto: **Sidnei Paulo da Silva**
 Nº: _____

Município de São Paulo - Rua do Estado, nº 680 - São Paulo - SP