



**Protocolo de envio de documentos**

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

Processo nr.

Estipulante: **SINSERPU -SINDICATO DOS SERVIDORES DA ADM PUB JUIZ DE FORA**

Segurado **ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
<b>PROPRIO SEGURADO</b>	<b>INVALIDEZ POR DOENÇA</b>	<b>01/10/2011</b>	<b>06/08/2013</b>

**Documentos anexos**

**DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:**

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO, CARIMBADO PELO MÉDICO E AUTENTICADO;  
COPIA AUTENTICADA DA CNH DO SEGURADO;  
COPIA AUTENTICADA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;  
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 11/2011;  
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE APOSENTADORIA DO SEGURADO.



## Protocolo de envio de documentos

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

Processo nr.

Estipulante: **SINSERPU -SINDICATO DOS SERVIDORES DA ADM PUB JUIZ DE FORA**

Segurado **ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
<b>PROPRIO SEGURADO</b>	<b>INVALIDEZ POR DOENÇA</b>	<b>01/10/2011</b>	<b>06/08/2013</b>

### Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO, CARIMBADO PELO MÉDICO E AUTENTICADO;  
COPIA AUTENTICADA DA CNH DO SEGURADO;  
COPIA AUTENTICADA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;  
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 11/2011;  
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE APOSENTADORIA DO SEGURADO.

Oficio-106/2013

Juiz de Fora, 31 JULHO 2013  
A/C: Departamento de Sinistros

REF: SINSEPU

**SEG.ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA**

Visando dar entrada no Sinistro de IPD de ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- COMPROVANTE RESIDÊNCIA
- RG E CPF
- HOLERITE
- CERTIDAO DE APOSENTADORIA

Atenciosamente

  
VERTCON SEGUROS LTDA  
JUIZ DE FORA

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.

*Resilide Nax.*

*Recebido*

*06.08.2013*

Oficio-106/2013

Juiz de Fora, 31 JULHO 2013  
A/C: Departamento de Sinistros

REF: SINSERPU

**SEG. ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA**

Visando dar entrada no Sinistro de IPD de ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA conforme documentação anexa:

- AVISO DE SINISTRO
- COMPROVANTE RESIDÊNCIA
- RG E CPF
- HOLERITE
- CERTIDAO DE APOSENTADORIA

Atenciosamente

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.  
*Rosilide Jor.*

*Recebido*  
*06.08.2013*

VERTCON SEGUROS LTDA  
JUIZ DE FORA

OBS. - ROSI/JOSÉ MARIA, SABEMOS DA  
NÃO REABERTURA DESTA PROCESSO, MAS  
P/ EVITAR MAIORES PROBLEMAS ESTAMOS  
ENVIANDO P/ ANALISE E POSSIVEL  
NEGATIVA.

*Ass. R. M. M.*  
*01/08/13*



18177



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		APOLICE Nº	
SEGURADO	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA	15.12.56	Aposentado	CASADO
SINISTRO DE	CAUSA	DATA ADMISSÃO	ULTIMO DIA TRABALHADO
			ULTIMO SALÁRIO

ESTES AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS?  SIM  NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO

De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Motivo : \_\_\_\_\_

De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Motivo : \_\_\_\_\_

De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Motivo : \_\_\_\_\_

De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Motivo : \_\_\_\_\_

Estava aposentado?  SIM  NÃO Desde quando? \_\_\_\_\_ - Motivo : \_\_\_\_\_

#### BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

#### INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE
ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA	15.12.56	Aposentado	3232.9426
ENDEREÇO	CIDADE	UF	
Bruas Antares Falco 340 - IPIRANGA	Juiz de Fora	MG	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE	

#### DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

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	LOCALIDADE	ESTABELECIMENTO
ENDEREÇO	CIDADE	UF TELEFONE
NOME DO MÉDICO	CRM Nº	ENDEREÇO

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

SEGURADORA	APOLICE 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.

10-07-2013  
LOCAL E DATA

BESSA  
COELHO

Assinatura do Segurado e/ou Responsável



**A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE**

NOME DO SEGURADO

**EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL**

LOCAL DO FALECIMENTO	DATA	HORAS	FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?	DATA DA 1ª CONSULTA	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA
----------------------	------	-------	--------------------------------------	---------------------	-------------------------

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?

INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:  
A) PRIMÁRIA

B) SECUNDÁRIA

HOUE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO.

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?	DESDE QUANDO?	QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO?	QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?
---	---------------	-------------------------------	---

SIM     NÃO

HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HABITOS OU OCUPAÇÃO DO SEGURADO? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.

HOUE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS.

**FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC)**

O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, PEDE-SE DAR DETALHES.

O FALECIDO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA**

DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO

DATA 1ª CONSULTA	DATA INÍCIO DA DOENÇA	DATA ÚLTIMA CONSULTA	DATA INVALIDEZ TOTAL	DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO	O PACIENTE ESTÁ TOTALMENTE INVÁLIDO?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA?
------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------------------------	--------------------------------------	---------------------------

21/13    desconhecido    23/13                 SIM     NÃO        SIM     NÃO

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO?  SIM     NÃO

A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É:  LABORAL     AUTÔNOMICA

DESCREVA A SINTOMATOLOGIA E OS EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS QUE PERMITIRAM A CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ

**FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC.)**

HOUE ANTECEDENTES CLÍNICOS? (FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)

O SEGURADO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

DATA DO ACIDENTE	DATA DO ATENDIMENTO MÉDICO	HISTÓRICO DO ACIDENTE
------------------	----------------------------	-----------------------

DESCRIÇÃO DETALHADA DA LESÃO

TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO

HOUE INTERNAÇÃO?	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO AFIRMATIVO, QUAL?
------------------	--------------------	--------------	---

O PACIENTE ESTÁ EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?

**EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZÁ-LA?**  SEM INVALIDEZ     COM INVALIDEZ  
**CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZÁ-LA?**  PERMANENTE     TOTAL     TEMPORÁRIA     PARCIAL  
 SE PARCIAL, INDIQUE: % DE REDUÇÃO FUNCIONAL  MÍNIMA     MÉDIA     MÁXIMA

DESCREVER AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E CLASSIFICANDO-AS SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL

O PACIENTE FOI TRATADO POR OUTROS MÉDICOS? EM CASO AFIRMATIVO, INFORME NOME E ENDEREÇO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE**

NOME DO MÉDICO: *Angela S. Borges*  
 ENDEREÇO: *Av. Rio Branco 255/301*

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

10 JUL. 2013  
LOCAL E DATA

*Angela de Fátima Borges*  
CARDIOLOGIA  
CRM- MG 12558

ASSINATURA E CARIMBO

*João Guilherme Alves Pereira*  
*Pedro Paracio C. Passos*  
*no*  
*Marek*  
*59.*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
 MG2112587 SSP MG

CPF DATA NASCIMENTO  
 381.189.556-72 15/12/1956

FILIAÇÃO  
 ARMINDO CAMILO DE OLIVIERA  
 GERALDA FRANCISCA DE JESUS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
  D

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
 01289553245 28/07/2015 07/03/1996

OBSERVAÇÕES

*Alirio Camilo de Oliveira*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
 JUIZ DE FORA, MG 09/08/2010

*[Assinatura]*  
 Oliveira Santiago Maciel  
 Chefe Detran / MG  
 ASSINATURA DO EMISSOR 65401418624  
 MG980221340

DETRAN - MG (MINAS GERAIS)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 315179646

PROIBIDO PLASTIFICAR 315179646

Stella Maris Dal Médico Wriedt  
 ESCREVENTE SUBSTITUTA  
 4.º OFÍCIO DE NOTAS  
 JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

**AUTENTICAÇÃO**  
 DECLARO SER AUTÊNTICA  
 A PRESENTE FOTOCÓPIA

J.FORA 10 JUL. 2013 MG

EM TEST. \_\_\_\_\_ DA VERDADE

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS  
 EMOL... R\$3,89 TRF... R\$1,15 TOTAL: R\$4,84







Nº da Conta: 2091496147  
 Mês de referência: 06/2013  
 Período: 11/05/2013 a 10/06/2013  
 Data de emissão: 13/06/2013

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento  
 \*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Nota Fiscal de Serviços de Telecomunicações  
 Vivo S.A.  
 Rua Levindo Lopes, 258  
 CEP 30.140-170 - Belo Horizonte - MG  
 I.E.: 0017985170081  
 CNPJ Matriz :02.449.992/0001-64  
 CNPJ Filial :02.449.992/0454-27  
 N° NFST:000.756.281.06/2013  
 N° Série:C Sub-Série:  
 Atende o Convênio:115/2003 CFOP:5.307  
 Descrição:PF/PJ - OUTROS



CTC BELO HORIZONTE MG PL10  
 ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA  
 R BRAZ ANTONIO FALCO, 340  
 IPIRANGA  
 36031-070 JUIZ DE FORA - MG

MG-003542-1/2  
 Vencimento:  
 26/06/2013  
 Postagem:  
 17/06/2013

Vencimento  
 26/06/2013

Total a Pagar - R\$  
 63,25

**Vivo Valoriza**

Saldo de pontos acumulados: 14.515  
 Na data de: 10/06/13  
 Saldo referente a conta 2091496147 no  
 Vivo Valoriza. Para saldo atual, envie SMS  
 com a palavra SALDO para 8011.

"Prezados clientes, informamos a intenção de uma reestruturação societária envolvendo a incorporação da Vivo S.A, condicionada ainda à aprovação da ANATEL e dos Acionistas da Companhia. Após as devidas aprovações, as faturas de serviços SMP passarão a ser emitidas pela Telefônica Brasil S.A, sem que haja necessidade de qualquer providência por parte do cliente. Os Serviços de Valor Adicionado serão prestados por empresas terceiras sendo a sua cobrança indicada de forma apartada na mesma fatura."

**Seus Números Vivo**

32-9947-5396

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

**O que está sendo cobrado**

**Serviços Contratados**

Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
1	1	34,90	250,00MB	250,00MB	34,90
<b>Subtotal</b>					<b>34,90</b>

**Utilização Acima do Contratado**

Internet - Vivo Wap - Tarifação MB/KB	21,86MB	0,00
Internet - Tarifação MB/KB	682,44MB	0,00
Serviços (Ex.: SMS e Loja de Serviços Vivo)	63	28,35
<b>Subtotal</b>		<b>28,35</b>

**Serviços Utilizados em Períodos Anteriores**

Internet - Vivo Wap - Tarifação MB/KB	352,00KB	0,00
Internet - Tarifação MB/KB	109,21MB	0,00
<b>Subtotal</b>		<b>0,00</b>

**AUTENTICAÇÃO**  
 DECLARO SER AUTENTICA  
 A PRESENTE FOTOCOPIA

J.FORA 10 JUL. 2013

EM TEST \_\_\_\_\_ DA VERDADE \_\_\_\_\_

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS  
 EMOL... R\$3,69 TAJ: R\$1,15 - TOTAL: R\$4,84

Stella Maris Dal Médico Wriedt  
 ESCRIVENTE SUBSTITUTA  
 4.º OFÍCIO DE NOTAS  
 JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS  
 JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

Saldo de Fiscalização  
 AUTENTICAÇÃO  
 CAT 74474

**TOTAL A PAGAR**

**63,25**

**MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ**

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/9digito](http://www.vivo.com.br/9digito)

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente  
**ALIRIO CAMILO DE OLIVEIRA**

Vencimento  
**26/06/2013**

Total a Pagar - R\$  
**63,25**

Cód. Débito Automático 2091496147-5 | Nº da Conta 2091496147 | Mês Referência 06/2013

846500000001 | 632500640016 | 120914961475 | 061301306264 | Autenticação Mecânica



13746215.968 - 00001/00002 - 000000001 - 96800653

1-MG-MPRESSAC-0005-10-20130610-000.006.582









# PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

## CERTIDÃO

O Chefe de Departamento, do Departamento de Assuntos Previdenciários, da Subsecretaria de Pessoas, da Secretaria de Administração e Recursos Humanos de Juiz de Fora, com competência delegada pelo Decreto número dez mil seiscentos e cinco, de trinta de dezembro de dois mil e dez (Decreto nº 10.605, de 30.12.2010), **CERTIFICA** que o servidor estatutário desta Prefeitura ALÍRIO CAMILO DE OLIVEIRA aposentou por invalidez, conforme ato publicado no Diário Oficial On-Line do Município, em um de outubro de dois mil e onze (01/10/2011). Eu, Paula Renata, lavrei a presente Certidão que se destina para fins de comprovação de aposentadoria. Eu, Marco Antônio Picoli de Oliveira, Chefe do Departamento de Assuntos Previdenciários, da Subsecretaria de Pessoas, da Secretaria de Administração e Recursos Humanos de Juiz de Fora, subscrevo e assino.....

Prefeitura de Juiz de Fora, 04 de outubro de 2011.

Paula Renata  
PAULA RENATA A. DE FREITAS SOARES  
Supervisora de Aposentadorias, Pensões e  
Acompanhamento de Convênios Previdenciários  
SARH/SSP/DPREV

Marco Antônio Picoli de Oliveira  
MARCO ANTÔNIO PICOLI DE OLIVEIRA  
Chefe do Departamento  
de Assuntos Previdenciários  
SARH/SSP

Carla Helena Villela de Castro  
ESCREVENTE AUTORIZADA  
4.º OFÍCIO DE NOTAS  
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

**AUTENTICAÇÃO**  
DECLARO SER AUTÊNTICA  
A PRESENTE FOTOCOPIA

J.FORA      26 JUL 2013      MG

EM TEST. \_\_\_\_\_ DA VERDADE

CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS  
EMOL.: R\$3,69 - TFJ: R\$1,15 - TOTAL:R\$4,84

