



Protocolo de envio de documentos

- American Life Cia de Seguros
- Nobre Seguradora do Brasil
- monquial*

Processo nr.

Estipulante: JUNDIAI -SINDSERJUN - SINDICATO DOS SERV PUB MUNIC DE JUNDIAII APL 2

Segurado AMADOR BUENO

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
NICOLINA FAZOLI BUENO	MORTE CONJUGE	17/09/2013	01/11/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

- COPIA AUTENTICADA DA CNH, RG E CPF DO SEGURADO;
- COPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
- 02 DECLARAÇÕES DE ENDEREÇO DA SINISTRADA SRA. NICOLINA FAZOLI BUENO;
- COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AOS MESES 07, 08 E 09/2013;
- COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO AVERBADA;
- HABILITAÇÃO DE BENEFICIOS - PESSOA FISICA DO SEGURADO;
- PEDIDO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO EM NOME DO SEGURADO;
- RESOLUÇÃO CFM N° 2003 DE 08/11/2013 ONDE VEDA O MEDICO ASSISTENTE O PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS DE SEGURADORAS;
- COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DA SINISTRADA NICOLINA FAZOLI BUENO;
- COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DA SINISTRADA NICOLINA FAZOLI BUENO.

*[Handwritten Signature]*  
MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
04-11



# FATURA DE TARIFAS E SERVIÇOS

ROD. VEREADOR GERALDO DIAS, 1500  
JUNDIAÍ - SP - CNPJ 03.582.243/0001-73

TC 1.18

CÓDIGO DO USUÁRIO <b>25002-67</b>	MÊS BASE <b>SET/2013</b>	Nº CONTROLE <b>2000004294317</b>	VENCIMENTO <b>14/10/2013</b>
DADOS DO USUÁRIO <b>GERALDINO BUENO</b> AL EMBUIAS DAS, 36-VILA ALVORADA-JUNDIAÍ-SP-cep: 13211260/IDT: 22.09070. 00036.000			
ENDEREÇO DE ENTREGA AL EMBUIAS DAS, 36-VILA ALVORADA-JUNDIAÍ-SP-cep: 13211260			
DEBITO AUTOMÁTICO		COMPOSIÇÃO DA CONTA	
		AGUA	57,44
		COLETA E AFASTAMENTO ESGOTO	43,09
		TRAT ESG	32,07
DADOS COMPLEMENTARES			
SITUAÇÃO	AGUA E ESGOTO		
CATEGORIA	RESIDENCIAL		
ECONOMIA	2		
CONSUMO MÍNIMO	20		
HIDROMETRO	A015404234		
SET LEIT / ENTR.	0010/0010		
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>132,60</b>
ÚLTIMOS CONSUMOS		QUALIDADE DA ÁGUA - DECRETO 5.440 DE 05/05/2005	
2013-AGO	27 LEIT ANT 3697	PARÂMETRO	Y.M.P. ETA A. ETA EC
2013-JUL	24 LEIT ATUAL 3732	CDR	15 0 2
2013-JUN	31 CONSUMO 35	TURBIDEZ	5 U T 0,3 0,3
2013-MAI	29 FATURADO 35	PH	6 A 9,5 7,2 7,2
2013-ABR	33 CDD LEIT 0	CLORO RESID	0,2 A 2,0 1,6 1,9
MEDIA	29 DAT LEIT 23/09/2013	ION FLUORETO	0,6 A 0,8 0,7 0,7
PRÓXIMA LEITURA		COLIF. FECAIS	AUSENTES AUS AUS
22/10/2013			

**Dalane Alegre**  
Escrivente

CARTÓRIO DO  
2º TABELIÃO  
DE NOTAS DE JUNDIAÍ  
Rua do Rosário, 678 - Centro - Jundiaí - SP  
AUTENTICAÇÃO  
Autentico a presente cópia conforme  
original em 14/10/2013.  
Jundiaí,  
Escriventes Autorizados:  
 Maria Cristina Lucena  
 Eliana Rolo Corbelli  
 Dalane Pop-Sykios Herrelatto  
 Ana Paula Casavari

**0507AB910570**

MENSAGENS E DICAS  
PARABENS!!! ATÉ 21/08/2013 NOSSOS ARQUIVOS NÃO ACUSAM DEBITOS.  
UTILIZE O DEBITO AUTOMÁTICO E PRÁTICO E SEGURO SOLICITE O  
CADASTRAMENTO NO SEU BANCO, USANDO O CÓDIGO: 2100026002-67

Conforme conversado com a  
Rose, segue e-mail da Elisângela  
Souza (Hospital Paulo Javaramento),  
onde a mesma informou que o  
médico não irá preencher o formu-  
lário do Seguro, já que na  
Certidão de Óbito consta a  
causa da morte, nome e CRM  
do médico.

Obrigada.

Patrícia C. Bueno  
(libhr.)





**NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S.A.**

CNPJ 85.031.334/0001-85  
RUA VERGUEIRO 7213 - IPIRANGA - CEP: 04273-200  
SÃO PAULO - SP - BRASIL  
TEL 11 5069-1177 - FAX 11 5069-1174  
e-mail: seguros@nobre.com.br site: http://www.nobre.com

**AVISO DE SINISTRO - POR ACIDENTE**

**MA** - Morte Acidental (preencher o verso)  
**IPA** - Inv. Permanente/Acidente (preencher o verso)  
**DMH** - Despesa Médica Hospitalar (preencher o verso)

**DADOS DO SINISTRADO**

NOME

*Nicolina Fazoli Bruno*

DATA NASCIMENTO

*10/05/47*

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

*R. Alameda das Embuias, 36 Vila Alvorada*

TELEFONE

*4815-7292*

CEP

*13.211-260*

CIDADE

*Jundiaí*

ESTADO

*SP*

OUTRO(S) SEGURO(S) EXISTENTE(S)

NOME(S) DA(S) SEGURADORA(S)

TIPO DE SEGURO

IMPORTÂNCIA SEGURADA

**ACIDENTES SOFRIDOS ANTERIORMENTE**

DATA

CARÁTER DA LESÃO

**DADOS DO SINISTRO**

DATA

HORA

LOCAL

**TESTEMUNHAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE**

NOME

NOME

**PESSOAS QUE VIRAM O SEGURADO APÓS O ACIDENTE (CASO NÃO HAJA TESTEMUNHAS)**

NOME

NOME

**OCUPAÇÃO QUE ESTAVA EXERCENDO O SEGURADO NO MOMENTO DO ACIDENTE**

HOVE OCORRÊNCIA POLICIAL? QUAL?

**PESSOA QUE PRESTOU OS PRIMEIROS AUXÍLIOS, LOCAL E TEMPO EM QUE FORAM PRESTADOS**

NOME

LOCAL

DATA

HORA

**MÉDICOS/HOSPITAIS QUE ASSISTIRAM O SEGURADO**

NOME

ENDEREÇO

**NARRAÇÃO CIRCUNSTANCIADA DE COMO ACONTECEU O ACIDENTE, CAUSAS QUE PROVOCARAM E SUAS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS**

O ABAIXO ASSINADO DECLARA TER RESPONDIDO AS PERGUNTAS, DESTE QUESTIONÁRIO, EM FORMA RIGOROSAMENTE VERÍDICA E SE RESPONSABILIZA PELA EXATIDÃO DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS

LOCAL E DATA

ASSINATURA (DE PRÓPRIO PUNHO DO SUB ROGADO)





**NOBRE**  
SEGURADORA  
Você em boas mãos

**NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S.A.**  
CNPJ 85.031.334 / 0001-85  
RUA VERGUEIRO 7213 - IPIRANGA - CEP: 04273-200  
SÃO PAULO - SP - BRASIL - TELEFONE : 5069-1177 - FAX: 5069-1174  
E-MAIL: SEGUROS@NOBRE.COM.BR INTERNET: http://www.nobre.com

**AVISO DE SINISTRO**  
**VIDA**  
**MORTE NATURAL**

**1ª Parte - Comunicações do(a) Reclamante**

Pelo presente, venho comunicar à V.Sas., o falecimento do Sr.(a) Nicolina Fazol Bueno ocorrido no dia 17/09/13, o (a) qual trabalhou até o dia \_\_\_\_\_, e que na data de seu falecimento era (grau de parentesco) esposa do(a) abaixo assinado. Endereço para correspondência: Rua/Av. R. Alameda das Embuias, 36 Bairro Il. Alvorada Cidade Jundiaí UF SP cep 13.211-260 telefone: 4815-7292 e-mail pac.bueno@hotmail.com

**Outro(s) Seguro(s) existente(s)**

Nome(s) da(s) Seguradora(s)	Capital Morte Natural	Capital Morte Acidental	Capital de Invalidez Permanente

Tendo o Segurado assumido a responsabilidade perante a Seguradora, ao responder a declaração contida na proposta de seguro sobre o seu estado de saúde, assinando-a sob as penas da Lei, autorizo os médicos, hospitais e laboratórios, que o tenham assistido no decorrer de sua vida, a fornecerem: laudos, exames, períodos de internações e relatórios médicos com os respectivos diagnósticos sobre o seu estado de saúde, para que a Seguradora possa anexar ao seu processo de sinistro, ficando os médicos, hospitais e laboratórios, dispensados para este fim, do sigilo profissional previsto no Código de Ética Médica, etc.

Declaro que todas as informações acima prestadas são verdadeiras e, assumo inteira responsabilidade perante a Lei.

Nome do Reclamante : \_\_\_\_\_  
Assinatura do Reclamante : \_\_\_\_\_  
Local e data : \_\_\_\_\_

**2ª Parte - Documentos iniciais, necessários à análise do processo de sinistro (todos em xérox autenticadas, podendo ser solicitados outros)**

- Do Segurado :**
- Por Morte Natural
- ( ) Certidão de Óbito
  - ( ) C.P.F. + R.G.
  - ( ) Último hollerith
  - ( ) Certidão de Casamento e/ou Nascimento e/data recente
- Por Morte Acidental (adicionalmente aos de Morte Natural)
- ( ) Carteira Nacional de Habilitação (acidente de trânsito)
  - ( ) Boletim de Ocorrência Policial
  - ( ) Laudo de Exame Cadavérico
- Do(s) Beneficiário(s) :**
- ( ) C.P.F. + R.G. de qualquer beneficiário
  - ( ) Comprovante de Residência (Telefone, Luz, Água, etc)
  - ( ) Esposa(o) : Certidão de Casamento
  - ( ) Filho(s) maior(es) : Certidão de casamento ou nascimento
  - ( ) Filho(s) menor(es) : Certidão de nascimento
  - ( ) Cônjuge/Companheira: Declaração de convivência marital
  - ( ) Pais : Certidão de Nascimento
  - ( ) Irmão(s) : Certidão de casamento ou nascimento
  - ( ) Outros : Documentos de identidade de todos os beneficiários

**3ª Parte - Declarações do Empregador**

Pelo presente aviso, vimos comunicar-lhes o falecimento de nosso funcionário(a) abaixo, ocorrido no dia \_\_\_\_\_, sobre o qual prestamos as seguintes informações :

Nº da apólice de Vida em Grupo \_\_\_\_\_ Nº da apólice de Acidentes Pessoais Coletivo \_\_\_\_\_  
Nome do Estipulante \_\_\_\_\_  
Nome do Segurado \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Idade : \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Data de admissão no emprego : \_\_\_\_\_ Último dia de trabalho ativo : \_\_\_\_\_ Último salário RS \_\_\_\_\_  
Esteve o Segurado afastado do trabalho nos últimos 2 (dois) anos ? Em caso afirmativo, favor informar :  
a) Período : \_\_\_\_\_ b) Motivo : \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_  
De \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_  
Estava aposentado ? \_\_\_\_\_ Desde quando ? \_\_\_\_\_ Motivo: Doença ? ( ) Tempo de Serviço ? ( ) Anexar carta de concessão.  
Beneficiários designados : \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO EMPREGADOR

\*Nome do Beneficiário 2 \_\_\_\_\_ \*Data de Nascimento \_\_\_\_\_ \*Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

\*Identidade \_\_\_\_\_ \*Orgão Emissor \_\_\_\_\_ \*CPF \_\_\_\_\_ \*Faixa de Renda  de R\$ 1.000,01 até R\$5.000,00  
 até R\$ 1.000,00  a partir R\$5.000,01

\*É pessoa politicamente exposta?  
 Não  Sim Especificar: \_\_\_\_\_

\*Profissão \_\_\_\_\_ \*E-mail \_\_\_\_\_ \*DDD \_\_\_\_\_ \*Telefone \_\_\_\_\_

\*Av./Rua \_\_\_\_\_ \*Número \_\_\_\_\_ \*Complemento \_\_\_\_\_

\*Bairro \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*Cidade \_\_\_\_\_ \*CEP \_\_\_\_\_

**Forma de Pagamento**

Conta Corrente do Beneficiário  Conta Poupança do Beneficiário  CPF on line  Cheque  
Banco \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ Conta Corrente \_\_\_\_\_ CPF do Favorecido \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário \_\_\_\_\_

Observações (Preenchimento exclusivo da Sucursal) \_\_\_\_\_

\*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP 380 e IN SPC 26.

\*Nome do Beneficiário 3 \_\_\_\_\_ \*Data de Nascimento \_\_\_\_\_ \*Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

\*Identidade \_\_\_\_\_ \*Orgão Emissor \_\_\_\_\_ \*CPF \_\_\_\_\_ \*Faixa de Renda  de R\$ 1.000,01 até R\$5.000,00  
 até R\$ 1.000,00  a partir R\$5.000,01

\*É pessoa politicamente exposta?  
 Não  Sim Especificar: \_\_\_\_\_

\*Profissão \_\_\_\_\_ \*E-mail \_\_\_\_\_ \*DDD \_\_\_\_\_ \*Telefone \_\_\_\_\_

\*Av./Rua \_\_\_\_\_ \*Número \_\_\_\_\_ \*Complemento \_\_\_\_\_

\*Bairro \_\_\_\_\_ \*Estado \_\_\_\_\_ \*Cidade \_\_\_\_\_ \*CEP \_\_\_\_\_

**Forma de Pagamento**

Conta Corrente do Beneficiário  Conta Poupança do Beneficiário  CPF on line  Cheque  
Banco \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ Conta Corrente \_\_\_\_\_ CPF do Favorecido \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário \_\_\_\_\_

Observações (Preenchimento exclusivo da Sucursal) \_\_\_\_\_

\*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP 380 e IN SPC 26.



AVISO DE SINISTRO MORTE (verso)

**AVISO DE SINISTRO 4ª Parte – Declarações Médicas sobre o Óbito**

ESTA DECLARAÇÃO DEVERÁ SER FEITA E ASSINADA PELO MÉDICO ASSISTENTE DO FALECIDO, DURANTE A SUA ÚLTIMA ENFERMIDADE.

1 - Nome completo e idade do falecido :

2 - Data e local do óbito (se ocorreu em hospital, fornecer o endereço)

3 - Foi seu médico durante a moléstia que o vitimou : ( ) Sim ( ) Não

4 - Data da 1ª consulta      /      /      Diagnóstico inicial:

5 - Causa mortis :	<u>Diagnóstico</u>	<u>Tempo de evolução</u>
Primária	_____	_____
Secundária	_____	_____
Outras	_____	_____

6 - Desde quanto esteve o falecido impossibilitado de exercer suas atividades profissionais em função de sua moléstia ?

7 - Tinha o falecido conhecimento da existência da doença que o vitimou ? ( ) Não ( ) Sim a partir de que data      /      /

8 - Houve internação para tratamento clínico ou cirúrgico ? ( ) Não ( ) Sim, nos seguintes períodos :

a - de      /      /      até      /      /      b) de      /      /      até      /      /  
 c - de      /      /      até      /      /      d) de      /      /      até      /      /

8.1 - Quais os motivos (diagnósticos) relativos às internações acima :

- a - \_\_\_\_\_
- b - \_\_\_\_\_
- c - \_\_\_\_\_
- d - \_\_\_\_\_

8.2 - Quais foram os exames (tomografia, radiografia, anatomopatológico, etc) efetuados para esclarecimento dos diagnósticos, e em que datas foram realizados?

- a - \_\_\_\_\_
- b - \_\_\_\_\_
- c - \_\_\_\_\_
- d - \_\_\_\_\_

9 - Houveram outros médicos que assistiram o Segurado durante sua última doença ? ( ) Não ( ) Sim

Se positivo, favor citar o nome completo e endereço dos mesmos :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Outras observações

Espaço reservado para reconhecimento de firma	Nome do Médico
	Número do C.R.M.
	Assinatura
	Endereço
	Local e Data



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

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO	CNPJ		
Proponente/Titular			Data Nascimento		
RG	Estado Civil	Sexo	MATRICULA / RE	CPF	Natural de
Cônjuge			Data Nascimento		

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA:

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

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:

CRM

Endereço do Médico:

LOCAL / DATA

Assinatura do Médico sob carimbo

LOCAL

Data

Assinatura do Acidentado

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