

Rosimeiry Ramos

De: "Lucimeire Cabrini da Silva" <lcabrini@ms-seg.com.br>
Para: <rosi.ramos@vertconseguros.com.br>
Cc: "Rubens Silva dos Santos" <rssantos@ms-seg.com.br>; "Edson da Silva Vilela" <esvilela@ms-seg.com.br>
Enviada em: segunda-feira, 3 de abril de 2006 11:27
Assunto: PROC NR 462/06 - SEG.. BENILDE ALVES DE OLIVEIRA

Bom Dia

Rosi

SANTOS RECLAM

Referente ao processo em questão, estamos providenciando o pagamento dos beneficiários, porem o processo ficara pendente da NOTA FISCAL original do auxilio Funeral, para que possamos analise e definir o mesmo.

Ficamos no aguardo das devidas providencias.

Grata

Lucymeire Cabrini
Depto de Sinistro Vida
Mitsui Sumitomo Seguros S/A
Fone (011) 31775816
Fax.: (011) 32535693
e-mail lcabrini@ms-seg.com.br

1/10 SEDEX

05/04/06.

DISCLAIMER: This e-mail message is for the sole use of the intended recipient(s) and may contain certain confidential and privileged information. Any unauthorized review, use, disclosure or distribution is prohibited. If you are not the intended recipient, please contact the sender by e-mail and destroy all copies of the original message MITSUI SUMITOMO SEGUROS all rights reserved.

Esta mensagem é de uso exclusivo dos destinatários pretendidos e pode conter informações confidenciais e privilegiadas. Qualquer revisão desautorizada, uso, distribuição ou divulgação é proibido. Se você não for o destinatário pretendido, por favor entre em contato com o remetente por e-mail e destrui todas as cópias da mensagem original. MITSUI SUMITOMO SEGUROS todos os direitos reservados.

14/03/06

São Paulo, 7 de março de 2006

À
MITSUI SUMITOMO SEGUROS

AT. DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

ESTIPULANTE: 19301891 – VERTCON CLUBE DE SEGUROS

SUB ESTIPULANTE 1985 : SIND DOS SERV PUB MUN DE SANTOS
BENILDE ALVES DE OLIVEIRA MN Data do Óbito 13/12/05

Mitsui Sumitomo Seguros

08 MAR. 2006

Recebemos
Depto. de Sinistro Vida

Segue anexo documentos abaixo relacionados para análise do referido sinistro:

- Aviso de Sinistro;
- Relatório Médico;
- Cópia Autenticada da Certidão de Óbito ;
- Cópia Autenticada da Certidão de Nascimento da Sinistrada;
- Cópia Autenticada de RG e CPF da Sinistrada;
- Cópia Autenticada de RG e CPF e Comprovante de Residência de : Adalberto Oliveira Nascimento, Ademir Oliveira Nascimento, Helenildes Nascimento dos Santos;
- Cópia Autenticada de CNH de Hélio Oliveira Nascimento;
- Cópia Autenticada do Comprovante de Vínculo Empregatício Mês 11/12/2.005;
- Autorização de Pagamento de : Helenildes Nascimento dos Santos, Hélio Oliveira Nascimento, Ademir Oliveira Nascimento, Adalberto Oliveira Nascimento;
- Declaração de Direitos Hereditários;
- Termo de Anuência e Cessão de Direitos Indenizatórios.

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

Atenciosamente,

Rosimeiry Ramos
Ger. Sinistro Vida

(13) 3467 28 53

ADEMIR

(13) 3258 72 02

ADALBERTO

AVISO DE SINISTRO

VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO
MORTE NATURAL E ACIDENTAL



Mitsui Sumitomo Seguros

Relatório Médico (a ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Causa da morte <i>Morte Súbita do Coronário</i>	Data	Local
Diagnóstico etiológico <i>Chorrio com infarto miocárdico 19-12-05</i>		
Data da 1ª consulta <i>19-03-2004</i>	Há quanto tempo trata o segurado? <i>4 anos e 6 meses</i>	Duração da doença segundo conhecimento pessoal <i>4 anos e 6 meses</i>
Duração da doença segundo informações obtidas	Data da última consulta/diagnóstico <i>07.11.2005</i>	

Quando e de que forma foi diagnosticada a doença que vitimou o segurado?
Após um exame laboratorial BCG e ECG

O Segurado tinha conhecimento da doença que levou ao óbito? *Sim* Desde quando?
há ± 4 anos e meio

O Segurado foi tratado anteriormente por outro(s) médico(s)? Sim Não

Nome da entidade onde foi prestado o primeiro atendimento
USJ; sei

Endereço _____ Telefone _____

Nome do médico que prestou o primeiro atendimento _____

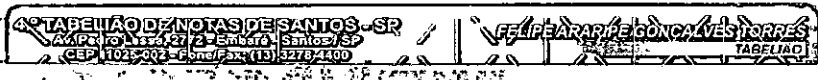
Endereço _____ Telefone _____

Outros médicos que o tenha tratado	Endereço	Telefone
Nome		

Descreva as lesões constatadas, que tenham relação com o acidente de que o Segurado foi vítima

Houve internação hospitalar? Nome do Hospital _____ Data da internação _____

Qual o prognóstico?



Outros comentários que _____

AA141954



Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento. (A firma do médico deverá ser reconhecida obrigatoriamente).

Local e Data _____

29 DEZ. 2005

Assinatura do médico sobre carimbo com CRM/CPF
Dr. Alfredo Soares Junior CRM. 25.180 CARDIOLOGISTA

DADOS DO MÉDICO

Nome *Alfredo Soares* Telefone *32352642*

Endereço *Av. São Carlos no 221 Conj 24* Bairro *Choromilhões* Cidade *Santos* UF _____ CEP _____

AVISO DE SINISTRO

VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO MORTE NATURAL E ACIDENTAL



Mitsui Sumitomo Seguros

Apólice: Estipulante:

DADOS DO SEGURADO PRINCIPAL (PREENCHER SOMENTE QUANDO O SEGURADO SINISTRADO NÃO FOR O PRINCIPAL)

Nº do Segurado: Nome: Tipo de doc 1.CIC 2.RG 3. Outros Nº documento

DADOS DO SEGURADO SINISTRADO

Nº do Segurado: Nome: Sexo

Tipo de documento 1.CIC 2.RG 3. Outros Nº documento Data de nascimento Estado civil Ocupação

Endereço residencial Cidade CEP UF Telefone Data admissão Último dia de trabalho

SITUAÇÃO E DATA DO SINISTRO

ativo afastado Especifique aposentado outros

BENEFICIÁRIOS

Table with columns: Nome, Parentesco, Percentual, Idade

DADOS DO SINISTRO

Data Hora Local/Endereço Em serviço? Sim Não

Tipo de Sinistro Morte Natural Morte Acidental Especifique

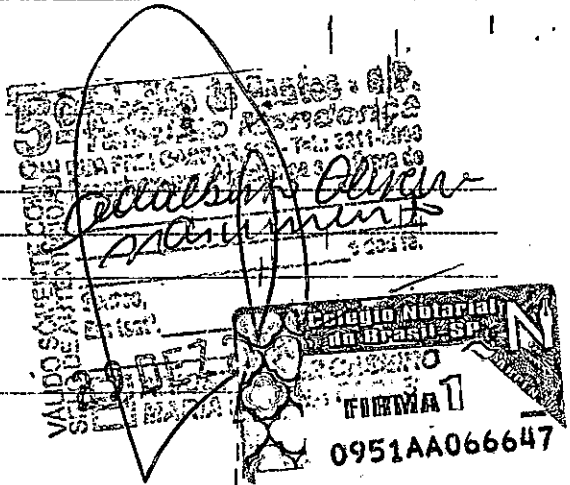
Descrição da ocorrência (narração clara e circunstanciada)

Ocorrência registrada por autoridade Policial?

Sim Não Especifique

Possui seguro em outras companhias?

Sim Não Especifique



DADOS DO RECLAMANTE

Nome Endereço Bairro Cidade Telefone UF CEP

DECLARAÇÃO DO RECLAMANTE

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima e autorizo a quaisquer médicos, hospitais e outras entidades, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar todas as informações que forem solicitadas, acerca de tratamentos médicos/hospitalares prestados ao Segurado sinistrado.

Local e Data Assinatura do Estipulante Assinatura do Reclamante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE INTERDIÇÕES E TUTELAS DO 1.º SUBDISTRITO DA SEDE COMARCA DE SANTOS - ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Amador Bueno, 203 - CEP: 11013-150 - Fone: (13) 3223-5702 - Fax: 3223-2783

BEL. NELSON HIDALGO MOLERO
OFICIAL

CERTIDÃO DE ÓBITO

CERTIFICO que, as folhas 093, do livro C nº 182 de Registro de óbito, sob nº de ordem 118.195, consta que no dia dezanove de dezembro de dois mil e cinco, foi lavrado o assento de **BENILDE ALVES DE OLIVEIRA**, com setenta e cinco anos de idade, solteira, do sexo feminino, de cor branca, COPEIRA-APOSENTADA, natural de JACOBINA, Estado da Bahia, nascida no dia dezessete de fevereiro de mil e novecentos e trinta, residente A AV. SANTISTA, 153, MORRO NOVA CINTRA, SANTOS, Estado de São Paulo, filha de **JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA**, e de **MARCELINA LOPES DE OLIVEIRA**, falecidos,

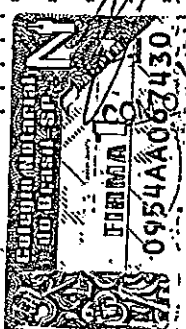
falecida no dia treze de dezembro de dois mil e cinco (13/12/2005), às vinte e uma horas e dez minutos, AV. SANTISTA, 153, MORRO NOVA CINTRA, SANTOS,

O atestado de óbito foi firmado pelo Doutor **HENRIQUE FORTUNA DOMINGUEZ PITA**, CRM 67765 que deu como causa da morte **INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, MIOCARDIOPATIA DILATADA CHAGASICA**, O sepultamento foi realizado no cemitério Areia Branca.

Foi declarante **ADALBERTO OLIVEIRA NASCIMENTO**.

Observações: DEIXOU OS FILHOS: HELENILDES NASCIMENTO DOS SANTOS, COM 49 ANOS; HELIO OLIVEIRA NASCIMENTO, COM 48 ANOS; ADEMIR OLIVEIRA, COM 46 ANOS; ADALBERTO OLIVEIRA NASCIMENTO, COM 44 ANOS. NÃO DEIXOU BENS, NEM TESTAMENTO. CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 19.785, FLS. 242 LIVRO 33, JACOBINA, BA. O CPF DA FALECIDA É DE Nº 784.027.948-15.

Primeira via de Certidão isenta de Emolumento nos termos da Lei 9534/97



O referido é verdade e dou fé.
Santos, 20 de dezembro de 2005.

Sandra Regina Leon Gonçalves Cavalcante
Escrevente Autorizada

Reconheço a firma supra de Sandra Regina Leon Gonçalves Cavalcante e dou fé.
Santos, 20 de dezembro de 2005.
Em testemunho da verdade.

Sandra Regina Leon Gonçalves Cavalcante
Escrevente Autorizada
Registro Civil
Santos

Denilson Espindola Gonçalves
Escrevente Autorizado

Por Firma: R\$ 2,50

DENILSON ESPINDOLA GONÇALVES

Escrevente Autorizado
Registro Civil - 1º. Subdistrito
Santos - S. Paulo

OFICIAL IPESP TOTAL
0,88 0,88 0,88
Selos recolhidos pela guia nº 80287/05.
Digitado por : DENILSON

Stamp: 06 JAN 2006
Stamp: AUTENTICIDADE
Stamp: 0951AA751870



**PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA BAHIA
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS**

**COMARCA DE JACOBINA
1º OFÍCIO - SEDE
FÓRUM DR. JORGE CALMON
RUA MARGEM RIO DO OURO, S/N-CENTRO - TELEFONE/ FAX- 74-3621-3066
CÉLIA MAGNÓLIA DE CARVALHO GOIS - Oficial
IDACI DIAS DE CERQUEIRA SOUZA - Sub-Oficial Designada
GIZELMA DIAS SILVA GUIMARÃES - Escrevente**

Certidão de Nascimento

Certifico que às fls. 242 sob o nº 19785, do livro nº A-33 de assentamentos de nascimentos está registrado o de

BENILDE ALVES DE OLIVEIRA

do sexo feminino, ocorrido em Fazenda Jaboticaba, Jacobina-BA, no dia dezessete de fevereiro de mil novecentos e trinta, às 23:00 horas.

A registranda é filha

de **JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA**
natural de deste Estado-BA
de profissão lavrador
e de **MARCELINA LOPES DE OLIVEIRA**
natural de deste Estado-BA
de profissão doméstica

sendo avós:

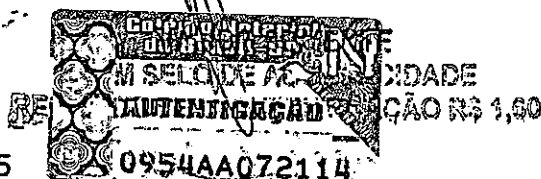
paternos **Vitório Alves de Oliveira**
e **Margarida Maria de Jesus**
maternos **João Lopes Fagundes**
e **Emiliana Maria de Jesus**

Foi declarante o próprio registrando.

Observação: Registro feito no dia 31 de agosto de 1963..

O referido é verdade e dou fé.

Jacobina, 27 de dezembro de 2005



Célia Magnólia de Carvalho Gois.

**CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL 1º OFÍCIO
FORUM JORGE CALMON
Rua Margem Rio do Ouro, S/N
CEP 44.700-000 JACOBINA - BAHIA**

REGISTRO CIVIL - 1º OFÍCIO - SEDE
 FÓRUM DR. JORGE CALMON
 RUA MARGEM RIO DO OURO, S/N - CENTRO
 JACOBINA - BA
 008219

18 501 171 25 jan 1984


REGISTRO GERAL SÃO PAULO

DENILSON ESPINDOLA GONÇALVES

Nº 02117

SERIE

Escritório de Registro Civil - 1º. Subdistrito Santos



(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

CÉDULA DE IDENTIDADE

NACIONALIDADE BRASILEIRA

BENILDE ALVES DE OLIVEIRA

NOME 000217

José Alves de Oliveira

Marcelina Lopes de Oliveira

Jacobina - BA 17 fev 1930

MATERNIDADE NALCIDO A

Benilde Alves de Oliveira

SANTOS ASSINATURA DO PORTADOR MJU

RECEB

0954AA072112

812100

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CONDENSAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

DENILSON ESPINDOLA GONÇALVES

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

Escritório Autorizado
Registro Civil - 1º. S.
Santos - S. Pa

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Benilde Alves de Oliveira

CIC

NASCIMENTO 17.02.30

INSCRIÇÃO NO CPF 784.027.948 15

CONTRIBUINTE

BENILDE ALVES DE OLIVEIRA

Benilde Alves de Oliveira

SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

RECEB

0954AA072113

FOTOCOPIA EXTRAÍDA
NO REG. CIVIL 1º. SUBDISTRITO
SANTOS - SP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMES DE ABREU DA UNIFESP

400-2

ESPINDOLA GONCALVES
Autorizado
09/10/2000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

13.622.261-4

DATA DE
EXPEDIÇÃO 09/OUT/2000

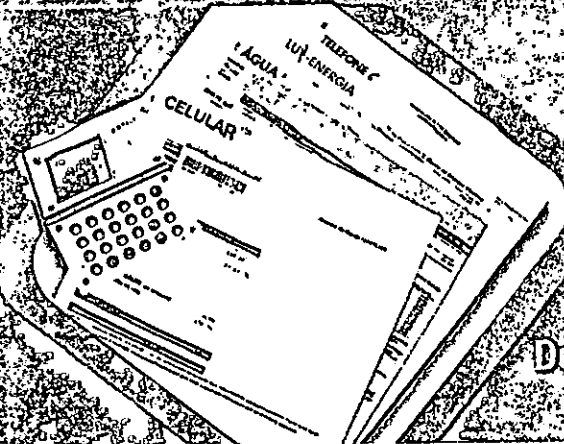
NOME

ADALBERTO OLIVEIRA NASCIMENTO

ALFABETIZADO

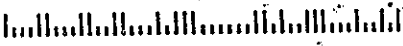

RAULINO JOSÉ NASCIMENTO

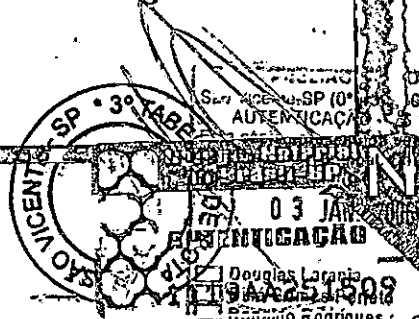
Assinatura e Nº do Entregador	Data	Reintegrado ao Serviço Postal em:	<input type="checkbox"/> Não encontrado <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Falado <input type="checkbox"/> Inf. escrita p/porteiro/síndico	<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Endereço Insuficiente <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Recusado
-------------------------------	------	-----------------------------------	--	--



DÉBITO AUTOMÁTICO NOSSA CAIXA

Deixe suas contas por nossa conta.
É o melhor, o serviço é grátis.


 ADEMIR OLIVEIRA NASCIMENTO
 RUA PERO CORREA 620
 11320-140 SAO VICENTE
 ITARARE SP 291425

 7286000756068740000029142520091205



CUSTAS
 68-7560
 1,60
 parte
 fe.



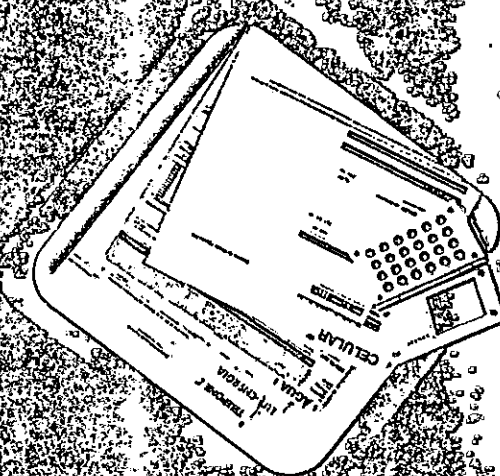
SP


CENTRO

0233-0 SAO VICENTE
 FREI GASPAR, 338
 SAO VICENTE
 Válido somente com a Autenticação
 1310-060
 GOMES PERFETO
 AUTORIZADA

Débito Automático Nossa Caixa

- O serviço é grátis.
- Possibilita o controle dos débitos em conta pelo celular.
- É possível o cancelamento antecipado do débito.
- Você permanece responsável pela taxa da conta normalmente.
- Condições especiais de segurança.
- Casos especiais de débitos.
- Débito automático e não a cobrança.




 Visite nosso site na Internet: www.nossacaixa.com.br

Não opere este material em alta potência.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO
 DETRAN - SP



394710535

Nome: HELIO OLIVEIRA NASCIMENTO
 DOC. IDENTIF.: 14547205 SSP/SP
 CATEGORIA: AC
 NASCIMENTO: 18/11/1957
 VALIDADE: 18/11/2007
 CPF: 018.201.008-20

É PROIBIDO PLASTIFICAR

FILIAÇÃO: BRAULINO JOSE NASCIMENTO
 BENILDE ALVES OLIVEIRA

Nº DE REGISTRO: 02616508097
 DATA: 21/11/2002
 Nº HABILITAÇÃO: 07/12/1983

OBSERVAÇÕES: LENTES CORRETIVAS OBRIGATORIAS
 CURTADO

ASSINATURA DO PORTADOR: *Helio Nascimento*
 ASSINATURA DO EXPEDIDOR: *Roberto Costa*

394710535

TABELA DE NOTAS
 SP (0**13) 3580-7660
 TICAÇÃO - R\$ 1,60
 apresentada pela parte
 mo original. Dou fé.

05 JAN 2006

1119AA252062

DINÁ GOMES PERFETO
 ESCRIVENTE AUTORIZADA

EM BRANCO

EM BRANCO



Mitsui Sumitomo Seguros

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO RAMO VIDA

Nº DO SINISTRO =

HELENILDES NASCIMENTO DOS SANTOS PORTADOR (ORA) DO RG Nº 8.698.900 5 E,

CPF Nº 070.742.898-01 NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR DE

R\$ 1.00 (UM REAL) REFERENTE A

INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA, NA COBERTURA DE: (morte natural), APÓLICE

Nº. 91.000 00045, AUTORIZO A SEGURADORA MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A A EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

NOME DO BANCO = _____

Nº DO BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ / Nº DA C/CORRENTE _____

2 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA

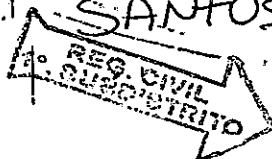
NOME DO BANCO = CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Nº DO BANCO _____ Nº AGÊNCIA 0345 / Nº DA C/POUPANÇA 01300232129-5

DECLARO QUE, A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO DE ACORDO COM AS FORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SANTOS, 03/01/2006

LOCAL E DATA



Helenildes Nascimento dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Oficial do Reg. Civil das Pen. Mat. e do Int. o Tópicos do 1º Sub do Setor Santos - SP
Oficial: Erol Nelson Mielgo Illores
R. Amador Bueno, 203 - Centro - CEP: 11010-100 - FONE: (13) 3223-5702 - FAX: (13) 3223-2702

Reconheço por semelhança a firma supra de HELENILDES NASCIMENTO DOS SANTOS em documento com valor econômico, e

Luciano Mendes
Escritor Autorizado
Registro Civil - São Paulo
Santos - São Paulo

Santos, 03 de Janeiro de 2006
Em testemunho da verdade.

LUCIANO MENDES - Escritor
Valor 4.05 Válido somente com o selo de Autenticidade.



Mitsui Sumitomo Seguros

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO RAMO VIDA

DO SINISTRO

HELIO OLIVEIRA NASCIMENTO PORTADOR (ORA) DO RG Nº 4547205 E,

CPF Nº 018.201-008-20 NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR DE \$ 1,00 (HUM) REFERENTE A

INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA, NA COBERTURA DE: (morte natural) APÓLICE

Nº. 91.000 00045, AUTORIZO A SEGURADORA MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A A EFETUAR O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1- CRÉDITO EM CONTA CORRENTE,

NOME DO BANCO =
Nº DO BANCO / Nº AGENCIA / Nº DA C/CORRENTE

2- CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA

NOME DO BANCO = Banco Nova Caixa S/A
Nº DO BANCO 151 Nº AGENCIA 0233-0 Nº DA C/POUPANÇA 101-023473-2

DECLARO QUE, A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO DE ACORDO COM AS FORMACÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

São Vicente 23/01/2006
LOCAL E DATA

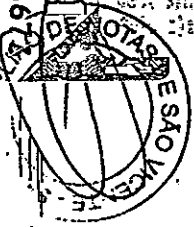


Helio O Nascimento
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1119AA02867
FORMA VALOR ECONOMICA
Cartão: 14104
VAL DO COMÉRCIO DO LO DO AUTENTICIDADE SEM EMERGAS COM RAQUIAS



Mitsui Sumitomo Seguros



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO RAMO VIDA

Nº DO SINISTRO =
EU ADEMIR OLIVEIRA NASCIMENTO PORTADOR (ORA) DO RG Nº 14.547.028 E
CPF Nº. 036.889.25850 NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) /BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR DE
R\$ 1,00 HUM REFERENTE A
INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA, NA COBERTURA DE: (morte natural) APÓLICE
Nº 91.000 00045, AUTORIZO A SEGURADORA MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A A EFETUAR O
RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE.

NOME DO BANCO = Nazio Caixa
Nº DO BANCO 151 Nº AGÊNCIA 02330 Nº DA C/CORRENTE 01.019.95-0

2 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA

NOME DO BANCO = _____
Nº DO BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ / Nº DA C/POUPANÇA _____

DECLARO QUE, A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO DE ACORDO COM AS FORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

23/01/06.
LOCAL E DATA

[Signature]
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO





Mitsui Sumitomo Seguros

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO RAMO VIDA

Nº DO SINISTRO =

EU ADALBERTO OLIVEIRA NASCIMENTO PORTADOR (ORA) DO RG Nº 13.622.261

CHÉ Nº. 025.330.098/30 NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR DE

R\$ 1,00 (UM Real) REFERENTE A

INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA, NA COBERTURA DE: morte natural APÓLICE

Nº. 91.000 00045, AUTORIZO A SEGURADORA MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A A EFETUAR, O RESPECTIVO PAGAMENTO / CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

NOME DO BANCO = BANCO DO BRASIL

Nº DO BANCO 2985 / Nº AGENCIA 8 Nº DA C/CORRENTE 7.652-X

2 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA

NOME DO BANCO =

Nº DO BANCO / Nº AGENCIA / Nº DA C/POUPANÇA

DECLARO QUE, A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO DE ACORDO COM AS FORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Handwritten signature of Adalberto Oliveira Nascimento, date stamp 29 DEZ 2005, and stamp with number 0951AA066650.

SANTOS, 29/12/2005 LOCAL E DATA

Handwritten signature of the beneficiary.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

NOME DO FUNCIONARIO
BENILDE ALVES DE OLIVEIRA

REGISTRO
17.126-4

CARGO
COPEIRA

NIVEL SALARIAL
N-A

BANCO
BANCO DO ESTADO DE SAO PAULO S/A

CONTA BANCARIA
002030524066

DATA DE PAGAMENTO
23/12/2005

SALARIO BASE
290,47

COMPETENCIA
DEZEMBRO/2005

VENCIMENTOS/DESCONTOS

COD.	DESCRICAO	HORA/QUANT.	VALOR
	VENCIMENTOS		
	0,00		
	DESCONTOS		
	0,00		
	LIQUIDO		
	0,00		

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

NOME DO FUNCIONARIO
 BENILDE ALVES DE OLIVEIRA

REGISTRO
 1.126-4

CARGO
 COPEIRA

NIVEL SALARIAL
 N-A

BANCO
 BANCO DO ESTADO DE SAO PAULO S/A

CONTA BANCARIA
 002030524066

DATA DE PAGAMENTO
 25/11/2005

SALARIO BASE
 211,11

COMPETENCIA
 NOVEMBRO/2005

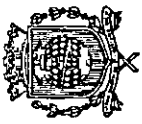
VENCIMENTOS/DESCONTOS

COD.	DESCRICAO	HORA/QUANT.	VALOR
001	ORDENADO OU VENCTO. DO CARGO	220,00 HS	211,11+
002	ADICIONAL POR TEMPO DE SERVICO	6,13	12,94+
089	P.C.C.S. -LEI COMPLEM. 162/95	44,79	94,56+
122	DIF. SALARIO MINIMO		56,45+
199	ABONO-L.C. 516/2005		76,67+
306	CAPEP-CONTRIBUICAO P/PECULIO		5,25-
307	CAPEP-CONTRIB. -7% S/REMUN.	7,00	31,62-
348	S. S. P. M. S. -MENSALIDADE		8,44-
355	DESC. -ADTO. SALARIAL		120,00-
390	CAPEP-3% S/REMUN. -ASSIST. MED.	3,00	13,55-

VENCIMENTOS
 451,73

DESCONTOS
 178,86

LIGUIDO
 272,87



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
ESTÂNCIA BALNEÁRIA**

DEPARTAMENTO SEAD	CENTRO DE CUSTO 40.0.0.38.00	REGISTRO 17126.4
----------------------	---------------------------------	---------------------

NOME DO FUNCIONÁRIO
BENILDE ALVES DE OLIVEIRA

CARGO
COPEIRA

NÍVEL SALARIAL
N-A

LOCAL DE PAGAMENTO / BANCO
BANCO DO ESTADOC DE SAO PAULO S/A

CONTA BANCÁRIA
002030524066

DATA DE PAGAMENTO
05/12/2005

COMPETÊNCIA
13.SAL./2005

SALÁRIO BASE / HORA
211,11

DEMONSTRATIVO VENCIMENTOS/DESCONTOS

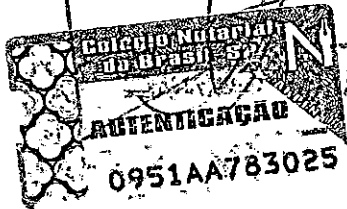
COD.	DESCRIÇÃO	HORA / QTDE.	VALOR
070	DECIMO TERCEIRO SALARIO	12	375,06
389	ANTECIPACAO SALARIAL-13o.SALARIO		187,53

CONTRIBUIÇÃO FGTS	VENCIMENTOS 375,06	DESCONTOS 187,53	LÍQUIDO 187,53
-------------------	-----------------------	---------------------	-------------------

MESSAGEM

50 Tabelião de Santos - S.r.
Tabelião Mendonça
RUA FREI GASPAR,106 - Tel 3211-5000
AUTENTICAÇÃO - Autentica a presente cópia
reprográfica com o original a título de
apresentado do que dou fé.

Santos, 21 FEN 2006



VALIDO SOMENTE
COM O SELLO
DO TABELIÃO
ESCRITURÁRIO

