



Parnasind

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA

CNPJ - 65.697.708/0001-99 / Registro Mtb 46.000.006973/93-90
ÓRGÃO SINDICAL DE BASE – SANTANA DE PARNAÍBA / S.P – Fundada em 30/03/1993

021/15 SSPMSP/IV

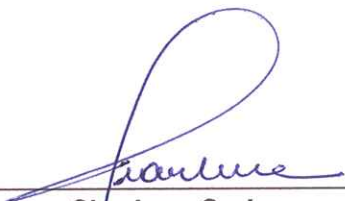
Santana de Parnaíba, 02 de Julho de 2015.

Venho através desta, encaminhar as documentações necessárias para dar entrada no processo de sinistro da segurada relacionada abaixo:

Sinistro: Acidente Pessoal ✓
Segurada: Claudia dos Santos ✓

Documentações:

- (01) Aviso de Sinistro (Seguradora - American life).
- (01) Boletim de Ocorrência de Acidente (Corretora – Vertcon Seguros).
- (01) Cópia da Ficha de Atendimento – Simples.
- (01) Declaração informando, que o médico não preencheu o boletim de ocorrência da vertcon.
- (01) Cópia do Comprovante de Residência – Autenticada.
- (01) Cópia do RG / Consta CPF– Autenticada.
- (01) Cópia do holerite (Referente á Abril) – Autenticada.
- (01) Declaração descrevendo como ocorreu o acidente – Original.
- (03) Atestado da Pércia Médica – Simples.
- (01) Autorização de pagamento/ crédito de indenização de sinistro em conta- corrente / poupança.
- (01) Declaração da Prefeitura, informando os dias q ue o funcionário ficou afastado de suas atividades profissionais.



Charlene Carina

À
Sra. Joice Brandão
Vertcon Seguros

02/07/15

**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				APÓLICE Nº			
SEGURADO		DATA DE NASCIMENTO		PROFISSÃO		ESTADO CIVIL	
Cecília dos Santos		16.08.71		GMC		Solteira	
SINISTRO DE		CAUSA		DATA ADMISSÃO		ÚLTIMO DIA TRABALHADO	
☐ MORTE ☐ INVALIDEZ ☒ PROFISSIONAL ☐ NATURAL ☐ DOENÇA ☒ ACIDENTE							
ESTEVE 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	
Beatriz dos Santos Dias		Filha					
Henrique Ferreira dos Santos		Filho					
Eduardo Ferreira dos Santos		Filho					
LOCAL E DATA				CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR			
INFORMAÇÕES DO SEGURADO							
SEGURADO		DATA DE NASCIMENTO		PROFISSÃO		TELEFONE	
Cecília dos Santos		16/08/71		qu. Oda.m.		999432842	
ENDEREÇO		CIDADE		UF			
Rua Arice da Silva n. 54.		Santana do Parnaíba		SP			
DATA DO ACIDENTE		HORA		LOCAL DO ACIDENTE			
12/04/15				Residência - Degrau da Escada			
DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS							
Estava deslizando a escada da minha sala com minha filha no colo, quando perdi o equilíbrio e caí, ficando no chão com uma barra de ferro a minha esquerda e a minha perna direita no chão. A perna direita ficou muito dolorida.							
TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL?		QUAL?					
☐ SIM ☒ NÃO							
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO							
NOME		ENDEREÇO					
NOME		ENDEREÇO					
INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO							
DATA 1º SOCORRO		LOCALIDADE		ESTABELECIMENTO			
12/04/15		Santana do Parnaíba		PAM Foz de São João			
ENDEREÇO		CIDADE		UF		TELEFONE	
Estrada Maria Marques, 260		Santana do Parnaíba		SP		4622-8300	
NOME DO MÉDICO		CRM Nº		ENDEREÇO			
INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA							
SEGURADORA		APÓLICE Nº		MORTE ACIDENTAL		INV. PERM. ACIDENTE	
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.							
LOCAL E DATA				ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL			
Santana do Parnaíba, 01/07/15				Cecília dos Santos			



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:	Indicador do Juv. Pub. mun. Ino Parnaua			SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	Claudia dos Santos				65.877.708.001-99
RG	Estado Civil	Sexo	MATRÍCULA / RE	CPF	Data Nascimento
395414209	Solteira	F	2654	167026715-06	16/07/1971
Cônjuge					Natural de
					Data Nascimento
					Paulista BR

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.

na minha residência no dia 12/07-015

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

ESTAVA descendo a escada da minha casa, com minha filha no colo. Quando perdi o equilíbrio, e caiu, tendo na degrau uma barra de ferro, a mesma feriu a minha perna direita próximo a pantufinha. vindo a formar um ferimento profundo.

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

Ino Parnaua

01/07/2015

Claudia dos Santos

Assinatura do Acidentado

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



Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

Secretaria Municipal da Saúde

Clínica Médica

PAM FAZENDINHA

ESTRADA MARICA MARQUES, 260

JARDIM REPRESA - CEP 06529210

SANTANA DE PARNAÍBA - SP

Fone: 1146228300

Sistema Saúde PMSP / SMTI

Sistema Único de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

255.068

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: Nº CNS: 170561492250018

Telefone: 1199432842

Nº Matricula: 35367

IDADE: 43 Ano(s) e 240 Dia(s).

SEXO: (X) Fem () Masc

NOME: **CLAUDIA DOS SANTOS 32050**

DATA DE NASC.: 16/8/1971

MÃE: CLARICE DOS SANTOS

ENDEREÇO: RUA FRANCISCA BURITI DE ALMEIDA Número.: 54

PARQUE DOS MONTEIROS I

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SANTANA DE PARNAÍBA

CÓD. MUN. RES.: 3547304

IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO:

Nº ORDEM: **255068**

Data/Hora: 12/4/2015 19:00:22 Nº Agenda:

PA _____ mmHg Dx _____ mg/dl T _____ °C Fc _____ bpm Fr _____ rpm Sat O2 _____ %

01. Refere Alergias (X) Sim () Não Qual? Bebida

02. Refere Dor () Sim () Não

03. Tosse a mais de 15 dias () Sim () Não, se for <SIM> solicitar BK.

Escala de Dor 0 a 10 _____

04. É Diabético (X) Não () Sim Medicação _____

05. É Hipertenso (X) Não () Sim Medicação _____

06. Mancha pelo corpo () Sim () Não, se <SIM> Comunicar V.E. Imediatamente.

Carimbo e Assinatura do Profissional

DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO:

Paciente estovrou em ferida gerando FCC 4cm na face posterior da MEB.

Diagnóstico Principal: FCC.

Cid S05

Diagnóstico Secundário:

Cid _____

CONDUTA:

anexar + anti-sepsia.

sutura

encaminhada ao posto para anti-tetânica

alta com orientação

CÓD. SIA/SUS

PROCEDIMENTO:

CÓD. SIA/SUS

PROCEDIMENTO:

30106006
011000

Especialidade do Profissional:

Clínica Médica

CÓD. ESP.: _____

Nome do Profissional:

CR: _____

Assinatura do Profissional

Assinatura do Paciente ou Responsável

Últimas Consultas Realizadas pelo Pacientes

DATA	Unidade	Profissional	Especialidade
11/3/2015	USA FAZENDINHA		GINECOLOGIA
28/10/2014	USA FAZENDINHA	SURAMA SUYME DE GOES LAC	Medico ginecologista e ob Z01.4
6/8/2014	USA FAZENDINHA	SURAMA SUYME DE GOES LAC	Medico ginecologista e ob Z01.4
9/4/2014	USA FAZENDINHA	ALEXANDRA BERTONCELLO	Medico ginecologista e ob Z30
22/8/2013	USA FAZENDINHA	KARINE DE ALMEIDA DUARTE	Medico ginecologista e ob Z30.0
3/6/2013	HOSPITAL SANTA ANA	CAROLINA MAZZONI VIVAS	Medico ginecologista e ob Z33
5/6/2013	USA FAZENDINHA	KARINE DE ALMEIDA DUARTE	Medico ginecologista e ob

Recepção.: Cheila Cristina

Declaração.

Fontoura de Paranaíba, 01 julho de 2015.

Eu claudia Aparecida dos Santos, portadora
do RG. 39.541.420-9, CPF: 167.026.718-06,
declaro para os devidos fins, que
o médico não preencheu o
boletim de ocorrência acidente
Pessoal da Vertcon, devido a isso
estou encaminhando em anexo,
a minha ficha de atendimento
médico.

Fendo jo para o momento,

Claudia dos Santos

RG. 39.541.420-9.

Rua São Miguel Arcanjo, nº 90 - Centro
CEP: 06501-115 Santana de Parnaíba - SP

Verba	034051	Período / Ano	ABR/2015	Conta Corrente	3 4195-0 0042903
Nome do(a) Funcionário				Matrícula	CPF
CLAUDIA DOS SANTOS				002654	000.000.000-00
Função					
GUARDA MUNICIPAL COMUNITARIO -					

Vencimento	Plano de Carreira	Adicionais
1.616,33	0,00	0,00
6ª Parte	Gratificações	Total Bruto
0,00	0,00	3.131,88

COD	DESCRIÇÃO	REF.	VENCIMENTO	DESCONTOS
001	VENCIMENTO MENSAL	27/30	1.616,33	
013	GRAT. ESP. GMC -	35,00%	639,54	
023	ADICIONAL DE RISC	40,00%	657,81	
102	LICENCA MEDICA MU	03/30	189,99	
107	VANTAGEM PESSOAL		28,21	
502	IMPOSTO DE RENDA	02 DEP		28,84
507	MENSALIDADE SINDI			20,00
545	DESC VERTCON			60,49
669	CONSIGNADO - BANC			254,80
824	PLANO ODONTOLOGIC			25,00
951	CAIXA DE PREVIDEN	11,00%		274,16

1118802
 2015
 VALIDAÇÃO

26AW958511
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente
cópia reprográfica, conforme o original
a mim apresentado, do que dou fé.
Diego da Silva Nogueira
ESCREVENTE AUTORIZADO

Observações

Tot. de Vencim.	3.131,8
-----------------	---------

Total de Descontos	663.29
--------------------	--------

LOGIN: CLAUDIA002654 SENHA: 132708354013080

Salário Família

Depósito Bancário

LÍQUIDO A
RECEBER

2.468,59

BASE PREVIDÊNCIA	2.492,34
------------------	----------

BASE FGTS	0,00
-----------	------

DEPÓSITO FGTS	0.00
---------------	------

BASE IRRF
2 288 55

www.santanadeparnaiba.sp.gov.br - Portal do Servidor

[illegible]

vivo

Nº da Conta: 2131610796
Mês de referência: 05/2015
Período: 21/04/2015 a 20/05/2015
Data de emissão: 22/05/2015

www.vivo.com.br/meuvivo

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

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376
CEP 04571-936 - São Paulo - SP
I.E.: 108383949112
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0001-62

78709458



CLAUDIA DOS SANTOS
R ALICE DA SILVA, 54
PARQUE DOS MONTEIROS II
06525-090 SANTANA DE PARNAIBA - SP

Vencimento
06/06/2015

Total a Pagar - R\$
45,00

Ative a Conta Online e receba por email um aviso quando a sua conta estiver disponível no Meu Vivo, seu canal de autoatendimento. Com ela você consulta sua conta detalhada e boleto para pagamento pela internet. Contribua para o meio ambiente, reduza a utilização de papel. Acesse www.vivo.com.br/meuvivo e cadastre-se agora.

Seus Números Vivo
11-99943-2842

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

Vivo Valoriza

Saldo de pontos acumulados: **2.535**
Na data de: **20/05/15**
Saldo referente a conta 2131610796 no Vivo Valoriza. Para saldo atual, envie SMS com a palavra SALDO para 8011.

O que está sendo cobrado

	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO MÓVEL						
VOCE ILIM 45 DDD - TIT	1	1	34,00	-	-	34,00
DDD PARA VIVO ILIMITADO	-	-	0,00	-	91m24s	-
LOCAL PMVIVO ILIMITADO	-	-	0,00	-	342m00s	-
MINUTOS LOCAIS PARA MÓVEL VIVO	-	-	0,00	45 min	35m18s	-
ROAMING ILIMITADO	-	-	0,00	-	-	-
Pacote LD do Plano Pós SP	1	1	21,00	-	-	-
Subtotal						21,00
						55,00
Serviços Utilizados em Períodos Anteriores						
Ligações Locais					11m18s	0,00
Subtotal						0,00
Outros Lançamentos						
Descontos/Promoções						-10,00
Subtotal						-10,00
TOTAL A PAGAR						45,00



1º TABELÃO DE NOTAS E DE PROTESTOS DE LETRAS E TÍTULOS
SANTANA DE PARNAIBA - SP
Antonio Augusto Rodrigues Cruz - Tabelião
Cadastrado no Tabelião de Protestos, 100 - Centro - 06501-131
Tel.: (11) 4622-7700
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica, conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
Diego da Silva Nogueira
ESCREVENTE AUTORIZADO

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

* A partir de 31 de maio de 2015, os números celulares dos DDDs 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88 e 89 passarão a ter 9 dígitos. Será acrescentado o dígito "9" antes do número atual, passando ao formato: (DDD) 9xxxx-xxxx. Mais informações em www.vivo.com.br/9digito. * Nas ligações DDD disque 0+15+DDD+Telefone. Aproveite e atualize sua agenda em um clique com o app Vivo 15 Economiza. Mais em vivo.com.br/appvivo15

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.

vivo

Verifique se o débito foi efetuado na sua conta corrente.
Caso não tenha ocorrido, utilize este boleto para pagamento.

DÉBITO AUTOMÁTICO

Nome do Cliente
CLAUDIA DOS SANTOS

Vencimento

Total a Pagar - R\$

06/06/2015

45,00

Cód. Débito Automático **2131610796-7**

Nº da Conta **2131610796**

Mês Referência **05/2015**

846500000001

450000800018

121316107964

051501506060

Autenticação Mecânica



Santana de Parnaíba

1 de Junho 2015.

Estava descendo a escada da

minha casa com minha filha no colo
quando perdi o equilíbrio e comecei
a cair no degrau uma barra
de ferro a mesma feriu a minha
perna direita próximo a fantaria.
Uma ferida profunda.

Daniel Assis



Sistema - SMTI

Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome

CLAUDIA DOS SANTOS

Registro Funcional

2654

Vínculo

21

Secretaria

GUARDA MUNICIPAL

Departamento

GUARDA MUNICIPAL

Telefone

11 41545457

Endereço Residencial

ESTRADA LOURENÇO SALVADOR, 117 PARQUE DOS

Data de Emissão

15/4/2015

1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?



SIM



NÃO

2 - Em caso afirmativo?

Favor à concessão de(022) dia(s) de licença
à partir do dia 13/4/2015



Licença Saúde



Acidente de Trabalho



Outros



Continuação do Atestado Anterior



Retornar à SMST em 4/5/2015

as 09.00

Encaminhamentos:



Caixa de previdência



INSS



Não Ocorreu



DR. FABIO PRINCIPAL

MÉDICO

CRM 130.834

15/4/2015

Data

CID S81.

CRM 130834

Assinatura e Carimbo do Médico

Claudia dos Santos

Assinatura do Servidor

Para uso exclusivo do RH



Prefeitura do Município de Santana de Parnaíba

AVALIAÇÃO CLÍNICA - SMST

Sistema - SMTI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome

CLAUDIA DOS SANTOS

Registro Funcional Vínculo Secretaria

2654 21 GUARDA MUNICIPAL

Departamento

GUARDA MUNICIPAL

Telefone

11 41545457

Endereço Residencial

ESTRADA LOURENÇO SALVADOR, 117 PARQUE DOS

Data de Emissão

04/05/2015

1 - Está o servidor incapacitado para o trabalho?

☒ SIM ☐ NÃO

Este caso deverá ser acompanhado na UBS ou Hospital, com cuidados médicos e curativos pela enfermagem. Trazer parecer para médico perito.

2 - Em caso afirmativo?

Favor à concessão de (008) dia(s) de licença
a partir do dia 05/05/2015

☒ Licença Saúde ☐ Acidente de Trabalho ☐ Outros

☒ Continuação do Atestado Anterior

Retornar à SMST em ____/____/____

Encaminhamentos:

☒ Caixa de previdência

INSS

Não Ocorreu

04/05/2015

Data

CID S81.4

CRM 130834



Fábio Principal
130.834

Assinatura e Carimbo do Médico

Claudia dos Santos
Assinatura do Servidor

Para uso exclusivo do RH



**CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SANTANA DE PARNAÍBA**
SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

MEMO N.º

A – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1 – NOME

CLAUDIA DOS SANTOS

2 – REGISTRO FUNCIONAL

2654

3 – DATA NASC.

16/08/1971

4 – COR

5 – SEXO

FEMININO

PARA USO DA PERÍCIA

6 – ESTADO CIVIL

SOLTEIRO(A)

7 – ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA ALICE DA SILVA, Nº 54 - PQ. DOS MONTEIROS II - SANTANA DE PARNAIBA

8 – TELEFONE

(11) 4154-4896 (11) 99943-2842

9 – CARGO / FUNÇÃO

GUARDA MUNICIPAL

10 – SECRETARIA DE ORIGEM

SEC. MUNIC. DE SEG. URBANA

11 – DATA DE EMISSÃO

12/05/2015

12 – LICENÇA MÉDICA

☐ INICIAL

☐ PRORROGAÇÃO

13 – FINAL DA ÚLTIMA LICENÇA – DATA

12/05/2015

ASSINATURA DO SERVIDOR

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR

B – QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO

1- TRATA-SE DE ACIDENTE DO TRABALHO?

NÃO

2 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO?

PROVISORIAMENTE

3 - EM CASO AFIRMATIVO

3.1 - É SUSCETÍVEL DE RECUPERAÇÃO PARA O SEU TRABALHO?

SIM

3.2 - É SUSCETÍVEL DE REABILITAÇÃO PARA OUTRA ATIVIDADE?

SIM

4 - PARECER CONCLUSIVO

☒ FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE LICENÇA A PARTIR DE

13/05/2015 À 31/05/2015

☐ CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA

☒ ALTA/APTO A PARTIR DE

01/06/2015

☐ AVALIAÇÃO S.M.S.T.

4.1 - HÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME AO TÉRMINO DESTA LICENÇA?

**pericianda com historia de ferimento por
prego em 12/04/2015, sendo trataa
clanicamentee.**

**Hoje apresenta area crueta em região
posterior de terço distal de perna direita.
Alta programada para 01/06/2015**



COMPARECEU À PERÍCIA
MÉDICA NA PRESENTE DATA
NO HORÁRIO DAS

____:____ h ÀS ____:____ h

CID **s81.9**

CRM **79426**

DATA

PERITO: ASSINATURA E CARIMBO

C - REVISÃO

☐ - CONFIRMADO

☐ - ALTERADO

JUSTIFICATIVA DO PARECER:

____/____/____
DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO COORDENADOR

OBSERVAÇÕES DO D.P.



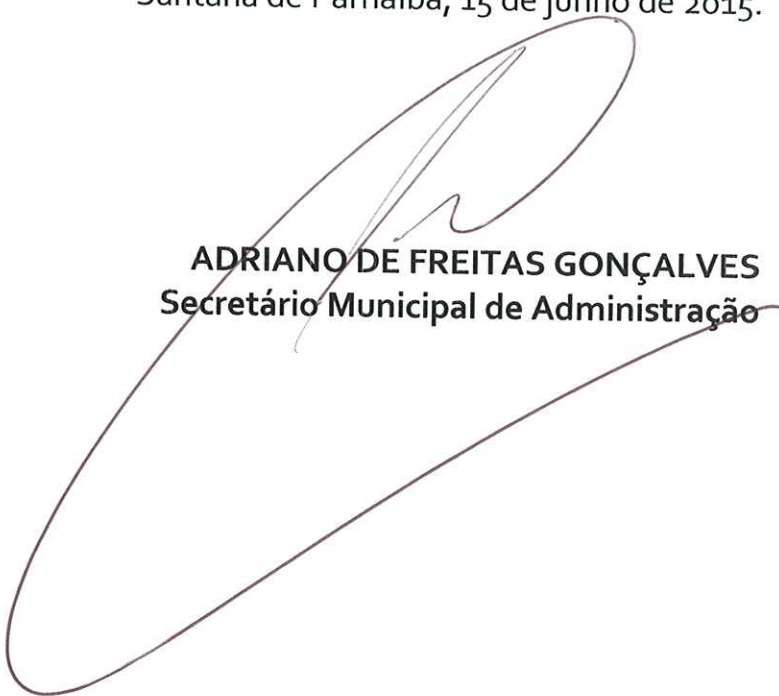
**PREFEITURA DE
SANTANA DE PARNAÍBA**
NOVO TEMPO, NOVOS RUMOS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a servidora CLAUDIA DOS SANTOS prontuário nº. 2.654, portadora da cédula de identidade nº 5.664.662/SSP-SP estava afastado de suas atividades nesta municipalidade por motivo de Licença Médica no período de 13/04/15 à 31/05/15.

Sendo só o que temos a declarar,

Santana de Parnaíba, 15 de junho de 2015.


ADRIANO DE FREITAS GONÇALVES
Secretário Municipal de Administração


DRH/SMA.



American Life Companhia de Seguros
Av. Angelica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220
CNPJ: 67.865.380/0001-27
Fone: (11) 3017-0022 - Fax: (11) 3017-0020

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO EM CONTA-CORRENTE/POUPANÇA

Nº do Sinistro: _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar no recebimento da indenização no banco.

Eu, Cláudia dos Santos
portador do R.G. nº 39 541 420-9, expedido por SSP/SP, na data 08/07/2005 e
C.P.F. nº 167.026.718-06, CNPJ nº _____ na
qualidade de beneficiário (a) do valor referente a indenização do seguro de vida da vítima _____
Autorizo a Seguradora American Life Seguros a efetuar o respectivo pagamento / crédito,
de acordo com a forma abaixo indicada:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO (Indicar apenas um tipo)

☒	CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	BANCO (NOME E NÚMERO) <u>Santander 2195</u>	Nº AGÊNCIA <u>4195</u>	DÍGITO <u>01</u>	Nº DA CONTA CORRENTE <u>004290</u>	DÍGITO <u>3</u>
☐	CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA	BANCO (NOME E NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO	Nº DA CONTA POUPANÇA	DÍGITO
☐	CRÉDITO EM CONTA CONJUNTA	BANCO (NOME E NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO	Nº DA CONTA CONJUNTA	DÍGITO
Telefone (DDD+ Nº)			E-mail:			

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 informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

Obs.: O preenchimento deste formulário não é garantia de pagamento de indenização

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)
(Assinar igual ao RG - Não precisa reconhecer firma)

ATENÇÃO: Preencher corretamente os dados de sua conta corrente, agência e banco, verificando sempre os dígitos, evitando assim a devolução do crédito.