



São Paulo, 30 de Março de 2002.

001653/2002

EDSON MOIA VARJAO

Corretor : VERTCON ADM CORRETORA DE SEGUROS LTDA - VP071J

REF.: Sinistro 1/97/2002 81 - ACIDENTES PESSOAIS

Segurado: EDSON MOIA VARJAO

Estipulante.: SIND DOS FUNC PUB DA PREF MUN DO GUARUJA

Tem a presente a finalidade de informar, que estamos impossibilitados de acolher seu pedido de indenização, tendo em vista que o tratamento proposto para a patologia diagnosticada em atestado, não apresentar - cobertura contratual, exceto decorrentes de tratamento cirurgico.

Diante do exposto, estamos encerrando o processo sem indenização.

Atentamente,

Maria Inez da Silva
Sinistro de Seguros de Pessoas

Comprovante de Transferência entre Contas

Banco do Estado
de São Paulo **banespa**

Data de Impressão 20/03/2002 10:37

Cliente *VERTCON CORRETORA E ADMINISTRAD*

Nº Agência 0435

Nº da Conta 13-002264-4

Foi efetivada a transferência de *R\$500,00*
para *EDSON MOIA VARJAO*, conta número *0174-01-002299-1*.

Número do Serviço 38844325

Data 20/03/2002

Home Banking Banespa

São Paulo, 20 de Fevereiro de 2002

À

PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS

AT.: DEPTO. DE SINISTRO

**REF.: SINISTRO D.I.T. – SIND. FUNC. PUB. DA PREF. MUN.DO GUARUJÁ SUB 51832
EDSON MOIA VARJÃO**

Segue em anexo, documentos referente ao sinistro supra;

- Aviso de Sinistro (com carta explicativa do Sindicato)
- Declaração Médica (original)
- Receituário Médico (original)
- CAT Segunda Via

Atenciosamente,


VERTCON SEGUROS

25 Fev 2002



**SINDICATO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS DA PREFEITURA
MUNICIPAL DE GUARUJÁ**
Fundado em 19 de outubro de 1988 – C.G.C. 57.736.217/0001-81

Guarujá, 05 de fevereiro de 2002.

**À
PORTO SEGUROS CIA DE SEGUROS GERAIS
AT. SETOR DE SINISTROS V.G.**

Ref.: Documentação do Sr Edson moia Varjão.

**O SINDICATO DOS FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS
DA PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARUJÁ**, na pessoa de sua presidente, vem
através deste comunicar á Porto Seguros , visando abrir o processo do Sr Edson Moia
Varjão, anexamos o CAT e RM; quanto ao aviso de sinistro informamos, que o médico
que o atendeu nega-se em dar tal declaração.

Qualquer duvida favor contactar-nos,

Atenciosamente,

Marcia Rute Daniel Augusto
MÁRCIA RUTE DANIEL AUGUSTO
PRESIDENTE

Rua: Manoel Hipólito do Rego, 84 – Jardim Boa Esperança – Vic. De Carvalho
Guarujá - CEP: 11.470-200
Tel.: (0xx13) 3383-1014 / 3383-1122



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

Sindicato dos Funcionários Públicos
da Prefeitura Municipal de Guarujá
Rua Manoel Hipólito do Rego n.º 84
Jd. Boa Esperança - Guarujá - SP

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR	APÓLICE Nº
SEGURO	CNPJ 57.736.217/0001-81
SINISTRO DE	CAUSA
<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ
<input type="checkbox"/> D.M.H.	<input checked="" type="checkbox"/> D.I.T.
<input type="checkbox"/> NATURAL - DOENÇA	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE

DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
07.02.49	SEAU. PUB.	Divorç.
DATA DE ADMISSÃO	ULTIMO DIA DE TRABALHO	ULTIMO SALÁRIO
15.03.91	13.12.01	368.00

ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? _____ EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR:

PERÍODO DE: ___/___/___ A ___/___/___ MOTIVO _____

DE: ___/___/___ A ___/___/___ MOTIVO _____

DE: ___/___/___ A ___/___/___ MOTIVO _____

ESTAVA APOSENTADO? _____ DESDE QUANDO? _____ MOTIVO _____

DEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARANTESCO	ENDEREÇO	IDADE

LOCAL E DATA

Sindicato dos Funcionários Públicos
CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR
da Prefeitura Municipal de Guarujá
Manoel Hipólito do Rego n.º 84
Jd. Boa Esperança - Guarujá - SP

INFORMAÇÕES DO SEGURADO EM CASO DE ACIDENTE

NOME	DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO
ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	
DATA DO ACIDENTE	HORAS	LOCAL DO ACIDENTE	

DESCREVA COMO ACONTECEU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

INTERVEIO ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL? _____ QUAL? _____

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

NOME	ENDEREÇO	
NOME	ENDEREÇO	
DATA DO PRIMEIRO SOCORRO	LOCALIDADE	HOSPITAL
NOME DO MÉDICO	ENDEREÇO	
DATA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA	NOME DO MÉDICO	ENDEREÇO

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

SEGURO	APÓLICE	MORTE	INVALIDEZ	D.M.H.	D.I.T.

PELA PRESENTE, COMUNICO À PORTO SEGURO CIA. DE SEGUROS GERAIS O SINISTRO OCORRIDO COM O SR.(A) _____

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

Manoel Hipólito do Rego
LOCAL E DATA

Edson Moia Varjão
ASSINATURA DO SEGURADO E/OU REPRESENTANTE

NO DIA ___/___/___