


SINISTRO 0135.81.03.00000033 / 001 DOC ESTIPULANTE 0135.81.00.00000044

ESTIPULANTE SINDICATO DOS SERVIDORES PUB. MUNIC. DE SAO SEBASTIAO
 ITEM 0135.81.00.00000044 / 000000
 DT OCORR 05/01/2004
 DT AVISO 02/02/2004
 SUC 0035 SÃO PAULO
 DESTINO SÃO PAULO
 NAT DANO DIT D. INC. TEMPORÁRIA
 RAMO ACIDENTES PESSOAIS / COMUM
 SEGURADO ELITA RODRIGUES DA LUZ
 OBSERVAÇÃO PAGAVEL SUC SP - DIT -

CEBI(EMOS) DA FEDERAL DE SEGUROS S/A A IMPORTÂNCIA ABAIXO DESCRITA.
 PELO PRESENTE, DOU(AMOS) À FEDERAL DE SEGUROS S/A PLENA, RASA, GERAL E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO PARA NADA MAIS RECLAMAR,
 QUER EM JUÍZO OU NÃO, A QUE TÍTULO FOR, COM REFERÊNCIA AO ALUDIDO EVENTO E CONSEQÜENTES DESPESAS, ASSINANDO O PRESEN
 RECIBO EM 4(QUATRO) VIAS DE IGUAL TEOR E PARA UM SÓ EFEITO.

DADOS PAGAMENTO										
SEC	PARC	TIP PG	DT PGTO	C/C ORIGEM	BCO	AGE	Nº CHQ	BCO DST	AGE DST	C/C DST
10287768	001	CHQ	27/02/2004	308559	341	93	832980			
FAVORECIDO ELITA RODRIGUES DA LUZ								VLR SINISTRO		
IDENTIDADE 15.536.877								1.002,81		
TIP IDÊNT K.G.										
ORGÃO EXPEDIDOR S. Sebastiao										
LOCAL E DATA 10/03/04.								VLR PGTO		
ASSINATURA 								1.002,81		



SINISTRO 0135.81.03.00000033 / 001 DOC ESTIPULANTE 0135.81.00.00000044

ESTIPULANTE SINDICATO DOS SERVIDORES PUB. MUNIC. DE SAO SEBASTIAO
 ITEM 0135.81.00.00000044 / 000000
 DT OCORR 05/01/2004
 DT AVISO 02/02/2004
 SUC 0035 SÃO PAULO
 DESTINO SÃO PAULO
 NAT DANO DIT D. INC. TEMPORÁRIA
 RAMO ACIDENTES PESSOAIS / COMUM
 SEGURADO ELITA RODRIGUES DA LUZ
 OBSERVAÇÃO PAGAVEL SUC SP - DIT -

RECEBI(EMOS) DA FEDERAL DE SEGUROS S/A A IMPORTÂNCIA ABAIXO DESCRITA.
 PELO PRESENTE, DOU(AMOS) À FEDERAL DE SEGUROS S/A PLENA, RASA, GERAL E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO PARA NADA MAIS RECLAMAR,
 QUER EM JUÍZO OU NÃO, A QUE TÍTULO FOR, COM REFERÊNCIA AO ALUDIDO EVENTO E CONSEQÜENTES DESPESAS, ASSINANDO O PRESENTE
 RECIBO EM 4(QUATRO) VIAS DE IGUAL TEOR E PARA UM SÓ EFEITO.

DADOS PAGAMENTO

SEC	PARC	TIP PG	DT PGTO	C/C ORIGEM	BCO	AGE	Nº CHQ	BCO DST	AGE DST	C/C DST
10287768	001	CHQ	27/02/2004	308559	341	93	832980			
FAVORECIDO ELITA RODRIGUES DA LUZ								VLR SINISTRO		
IDENTIDADE 15.636.377								1.002,81		
TIP IDENT U.G.										
ORGÃO EXPEDIDOR C.3. Sebastião										
LOCAL E DATA 10/02/04								VLR PGTO		
ASSINATURA [Signature]								1.002,81		



FEDERAL DE SEGUROS S.A.

CNPJ: 33.928.219/0001-04

São Paulo, 05 de Março de 2.004

A
VERTCON CORRETORA DE SEGUROS
AT. SR. BRANDÃO


REF. - SIN. 0135810300000033 - ELITA RODRIGUES DA LUZ

Estamos encaminhado anexo, os cheques abaixo relacionados, inerente ao pagamento de Diária Médicas Hospitalares e Diária de Incapacidade Temporária, juntamente com os recibos de Quitação, para que o mesmo seja devidamente assinados pelo favorecido e devolvidos as três primeira vias a esta Sucursal o mais breve possível.

<u>CHEQ. N.</u>	<u>VALOR RS</u>	<u>FAVORECIDO</u>
832980	1.002,81	ELITA RODRIGUES DA LUZ

No aguardo, e permanecendo a disposição para quaisquer esclarecimentos, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,


FEDERAL DE SEGUROS S/A
SUCURSAL SÃO PAULO
VERA LUCIA X. DE SOUZA

RUA XV DE NOVEMBRO, 200 - 8º. ANDAR - CENTRO
01013.000 - SÃO PAULO - SP
FONE:- (11) 3107.9006

RECIBO DE QUITAÇÃO DE SINISTRO



SINISTRO 0135.81.03.00000033 / 001 DOC ESTIPULANTE 0135.81.00.00000044

ESTIPULANTE SINDICATO DOS SERVIDORES PUB. MUNIC. DE SAO SEBASTIAO
 ITEM 0135.81.00.00000044 / 000000
 DT OCORR 05/01/2004
 DT AVISO 02/02/2004
 SUC 0035 SÃO PAULO
 DESTINO SÃO PAULO
 NAT DANO DIT D. INC. TEMPORÁRIA
 RAMO ACIDENTES PESSOAIS / COMUM
 SEGURADO ELITA RODRIGUES DA LUZ
 OBSERVAÇÃO PAGAVEL SUC SP - DIT -

RECEBI(EMOS) DA FEDERAL DE SEGUROS S/A A IMPORTÂNCIA ABAIXO DESCRITA.
 PELO PRESENTE, DOU(AMOS) À FEDERAL DE SEGUROS S/A PLENA, RASA, GERAL E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO PARA NADA MAIS RECLAMAR,
 QUER EM JUÍZO OU NÃO, A QUE TÍTULO FOR, COM REFERÊNCIA AO ALUDIDO EVENTO E CONSEQUENTES DESPESAS, ASSINANDO O PRESENTE
 RECIBO EM 4(QUATRO) VIAS DE IGUAL TEOR E PARA UM SÓ EFEITO.

DADOS PAGAMENTO										
SEC	PARC	TIP PG	DT PGTO	C/C ORIGEM	BCO	AGE	Nº CHQ	BCO DST	AGE DST	C/C DST
10287768	001	CHQ	27/02/2004	308559	341	93	832980			
FAVORECIDO ELITA RODRIGUES DA LUZ								VLR SINISTRO		
IDENTIDADE		TIP IDENT		ORGÃO EXPEDIDOR				1.002,81		
LOCAL E DATA				ASSINATURA				VLR PGTO		
								1.002,81		

Comp. Banco Agência Número da conta Número do cheque
 001 341 0093 0 308559 7 ZA=832980 0 R\$ *1.002,81*

Pague por este cheque a quantia de UM MIL E DOIS REAIS E OITENTA E UM CENTAVOS*****

a ELITA RODRIGUES DA LUZ VÁLIDO SOMENTE PARA DEPÓSITO NA CONTA DO FAVORECIDO e centavos acima
 VEDADA A CESSÃO E TRANSFERÊNCIA MEDIANTE ENDOSSO ou à sua ordem

Banco Itaú S.A.



SÃO PAULO 27 de FEVEREIRO 2004

RIO CASTELO 0036
 AV. GRACA ARANHA 174
 RIO DE JANEIRO RJ

FEDERAL DE SEGUROS S.A.
 CNPJ. 33.928.219/0001-04 CLIENTE DESDE 02/1971

34100938 00183298054 300003085594

São Sebastião, 14 de Janeiro de 2004.

CADM-140/2003.

FEDERAL DE SEGUROS
SITA: VERA - SINISTROS

C, C: VERTCON ADM E CORRETORA DE SEGS LTDA - MATRIZ.
SI: BRANDÃO - SRTA: ROSEMEIRE RAMOS

REF: PROCESSO DE SINISTRO

SEGURADO - ELITA RODRIGUES LUZ

SIGUE ANEXO DOCUMENTOS PARA QUE SEJA PROVIDENCIADO A
ANALISE PARA COBERTURA DO SINISTRO DE ACIDENTE
SIGUE ANEXO DOCUMENTOS ABAIXO:

- AVISO DE SINISTRO COM RECONHECIMENTO DE FIRMA
- CÓPIA DO R.G e C.P.F AUTENTICADOS
- LAUDO DO RAIOS - X e LAUDO.
- ATESTADO MÉDICO AUTENTICADO.
- *Autorização*

P.S: NÃO FORAM ENVIADOS OS SEGUINTE DOCUMENTOS:
FTA - CCA - CAM, PORQUE NÃO FOI ACIDENTE DE TRABALHO.

Atenciosamente,

Wagner de Carvalho
Wagner de Carvalho
Vertcon - São Sebastião

RECEBIDO

19 JAN 2004

Federal de Seguros S/A.

1- () FEDERAL DE SEGUROS S.A. C.G.C. 33 928 219 / 0001 - 04	AVISO DE SINISTRO DE PESSOAS	SUCURSAL
2- () SOL DE SEGUROS S.A. C.G.C. 33 412 230 / 0001 - 17		

RAMO VG I MORTE I IPA I IEA I IPD	RAMO AP I MORTE I DMH I IPA I DIT	DATA DO RECEBIMENTO DESTE AVISO NA SUCURSAL
---	---	--

NOME DO SEGURADO
Elita Rodrigues da Luz

ENDEREÇO DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO
Rua: Manoel Vitorino Nardi. 44 apt 3

ESCRITURANTE / SUBESCRITURANTE
Sindicato Evidor San. S. Sebastião

TEL. *3892-204*

LOCAL, DATA DO SINISTRO

DESCRIÇÃO, COM LETRA BEM LEGÍVEL, COMO ACONTECEU O SINISTRO, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Deu de Ondas na rua que ia para casa com sacos de compras, fui atravessar a rua, vinha vindo uma moto, dei um passo para trás, Cai sentada no meio fio. senti uma dor insuportável.

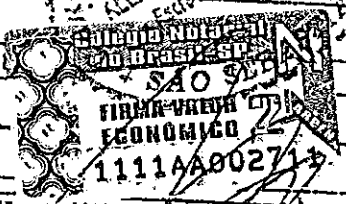
PESSOAS QUE VIRAM O SINISTRO OU QUE 1º VIRAM O SEGURADO APÓS SINISTRO

NOME	ENDEREÇO

PESSOA QUE PRESTOU OS 1º SOCORROS OU INFORMAÇÃO QUE P...

NOME	ENDEREÇO
<i>Beirão</i>	<i>Traiá Danta</i>

DATA: *05/01/2004* HORA: *13:30 hs*



MÉDICOS ASSISTENTES

ANTES SINISTRO: NOME, RESIDÊNCIA (RUA, Nº, TEL., BAIRRO, CIDADE, ESTADO, CEP);

APÓS SINISTRO: NOME *X. Luiz Terno Pinami*, RESIDÊNCIA (RUA, Nº, TEL., BAIRRO, CIDADE, ESTADO, CEP);

Em Test. *14/01/2004* da Verdade *Tabelião*

DATA EM QUE SE AFASTOU DO TRABALHO: *06.01.2004*

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA: *06.01.2004*

HOUVE INQUÉRITO POLICIAL PARTICULAR: *11. SIM*

HOUVE INTERVENÇÃO POLICIAL: *11. SIM*

ORGÃO POLICIAL EM QUE REGISTROU A OCORRÊNCIA (ANEXAR CÓPIA):

INFORME SE O SEGURADO TEM SEGURO ABAIXO CITADOS EM OUTRAS SEGURADORAS

ACID. PE. SOAIS	VIDA	INDIQUE A(S) SEGURADORA(S)
I 1. SIM I 2. NÃO	I 1. SIM I 2. NÃO	

AUTORIZAÇÃO: AUTORIZO A SEGURADORA, POR INTERMÉDIO DE SUA CONSULTORIA MÉDICA, EM FACE DO DISPOSTO NOS ARTIGOS 83 E 100 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, A SOLICITAR, AOS MÉDICOS QUE ATENDERAM O SEGURADO ACIMA IDENTIFICADO, DETALHES A RESPEITO DESSE ATENDIMENTO E SE FOR O CASO, DA HISTÓRIA MÉDICA OU DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR ANTERIOR A DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

RECONHECIMENTO DA FIRMA

LOCAL E DATA: *14/01/04*

ASSINATURA DO DECLARANTE: *[Signature]*

CARTÓRIO P/ RECONHECIMENTO DE FIRMAS

ESTIPULANTE	Nº APÓLICE	Nº CERTIFICADO	INÍCIO RISCO INDIVIDUAL	CAPITAIS SEGURADOS EM MILHARES DE R\$
	VG AP	<i>389.</i>		VG AP
NOME COMPLETO DO SEGURADO		LICENCIADO POR INSTITUTO PREVIDENCIA		
<i>Elita Rodrigues da Luz</i>		I 1. SIM I 2. NÃO		
ADM. TIDO EM:	AFASTOU-SE EM:	ÚLTIMO ORDENADO	LOCAL E DATA	ASS. E CARIMBO ESTIPULANTE

C.O.D. 025 - 10-55

RELATÓRIO DO MEDICO ASSISTENTE

IMPORTANTE: QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO E AO DESCRIVER LESÕES CITAR TIPO ONDE SE SITUAM, E APROXIMADAMENTE, AS DIMENSÕES. A FIM DE DEIXAR UMA NOÇÃO DA SUA GRAVIDADE.

DESCRIÇÃO DA LESÃO
fratura do côccix transversa com pequeno desvio.

INVALIDEZ PERMANENTE		MORTE	
<input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> PARCIAL	<input type="checkbox"/> NATURAL	<input type="checkbox"/> ACIDENTAL
INVALIDEZ PERMANENTE			
1. AS LESÕES CONSTATADAS SÃO DIRETAMENTE CONSEQUÊNCIAS DE CAUSA TRAUMÁTICA?	SIM	NÃO	INDIQUE A CAUSA
2. AS LESÕES CONSTATADAS SÃO EXCLUSIVAMENTE PELO ACIDENTE?			INDIQUE A CAUSA
3. FORAM LESÕES CAUSADAS EXCLUSIVAMENTE PELO ACIDENTE?			INDIQUE A CAUSA
4. ENCONTROU O ACIDENTADO QUALQUER DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PREEXISTENTE AO ACIDENTE?			QUAL?
5. ESTE DEFEITO OU DOENÇA PODE AGRAVAR OU VIR A AUMENTAR AS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE?			
6. HOUVE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS?			
TRATAMENTO		QUAL O TEMPO PROVÁVEL?	
1. PRESCREVEU INTERNAMENTO HOSPITALAR PARA O ACIDENTADO?			
2. QUAL O TEMPO NECESSÁRIO PARA RECUPERAÇÃO TOTAL DO ACIDENTADO?			

MORTE ACIDENTAL			
DATA	CAUSA	FOI FEITA AUTOPSIA?	FOI FEITO EXAME TEOR ALCOOLICO?
/ /	<input type="checkbox"/> ACIDENTE <input type="checkbox"/> HOMICÍDIO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO	<input type="checkbox"/> SIM (ANEXAR LAUDO) <input type="checkbox"/> NÃO	(ANEXAR LAUDO) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

MORTE NATURAL	
DATA	LOCAL? - RESIDÊNCIA - VIA PÚBLICA? HOSPITAL (NOME E ENDEREÇO)
/ /	
DOENÇA OU ESTADO MORBIDO QUE CAUSOU JUSTAMENTE A MORTE	ESTADOS MORBIDOS QUE PRODUZIRAM A CAUSA AO LAUDO REGISTRADO
	A) B)
DURAÇÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM:	PERÍODO QUE PRESTOU ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
A) SEU ACOMPANHAMENTO PESSOAL	DE: / / A / /
B) OS DADOS DA ANAMNESE C/ OS EXAMES COMPLEMENTARES	QUANTO TEMPO ESTEVE O FALECIDO AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS PELA DOENÇA QUE O VITIMOU?
C) A EVOLUÇÃO DO PROCESSO PATOLÓGICO	
EMPREGOU O FALECIDO OUTROS MÉDICOS DURANTE SUA ÚLTIMA DOENÇA? INDIQUE NOME E ENDEREÇOS:	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS		
TINHA O PACIENTE CONHECIMENTO DA SUA DOENÇA?	SIM	NÃO
VINHA FAZENDO O TRATAMENTO REGULARMENTE DA DOENÇA?		
O PACIENTE ERA PORTADOR DE OUTRAS DOENÇAS? QUAIS?		DESDE QUANDO?

RECONHECIMENTO DA FIRMA	LOCAL E DATA
	<i>S. Sebastião 13/01/04</i>
	ASS. E N.º CRM DO MÉDICO ASSISTENTE
	<i>Dr. Jervis Miranda</i>
	CARTÓRIO P/ RECONHECIMENTO DE FIRMAS
	<i>41525</i>
	ENDEREÇO DO CARTÓRIO

COL. 029 - 30.95



CÉDULA DE IDENTIDADE
 NACIONALIDADE BRASILEIRA
ELITA RODRIGUES SERRÃO
 Esperidião Alexandres de Luz
 Rosária Rodrigues de Luz
 Ilhabela - SP
 23/DEZ/1950
 Elita Rodrigues Serrão
 SAO SEBASTIAO

(REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL)
 15.536.377
 09/FEV/1982
 Nº: 007820
 POLÍCIA DEPARTAMENTAL
 FUBENS C.M. TUCUNIVA SSP
 DELEGADO DE POLÍCIA DEPARTAMENTAL

AUTENTICACAO
 ALEXANDRE IBANHY
 - Escrevente
 1121AA042763
 SAO SEBASTIAO

14 JAN 2004
 Em Teste da Verdade
 Tabelião
 Valor recebido p/ autentic. R\$
 Válido somente com selo de autenticação

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 CADASTRO DE PESSOAS FISICAS
 NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF
 132270958-07

033/0103-6
 07/12/88
 BANESPA
 80001/715

ELITA RODRIGUES SERRÃO

Elita R. Serrão
 DA LUZ
 13/12/50

AUTENTICACAO
 ALEXANDRE IBANHY
 - Escrevente
 1121AA042764
 SAO SEBASTIAO

Tabelião de Notas
 São Sebastião/SP
AUTENTICACAO
 Autentico o presente documento
 conforme o original a mim
 14 JAN 2004
 Em Teste
 Tabelião
 Valor recebido p/ autentic. R\$
 Válido somente com selo de autenticação

AUTORIZAÇÃO

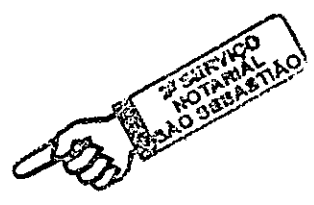
Na qualidade de beneficiário do segurado

Elita Rodrigues da Luz.

Autorizo a consultoria médica da Cia. Federal de Seguros, caso necessário, a solicitar informações a médicos, clínicas, hospitais, laboratórios, etc., com finalidade de complementar a instrução do presente sinistro.

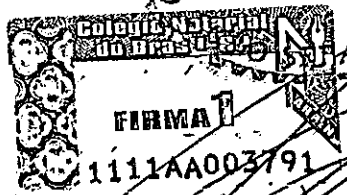
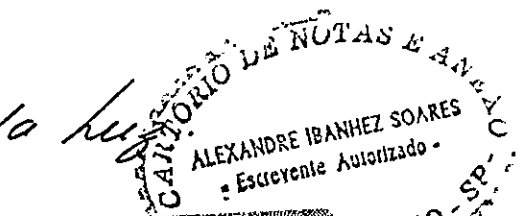
Local e data:

(Handwritten signature)



x _____
Assinatura do Beneficiário

Nome: *Elita Rodrigues da Luz*
RG:
CPF: 15536377
13227095807



Tabellão de Notas e Anexos São Sebastião
Reconheço a(s) firma(s) SEMELHANÇA de:
Elita Rodrigues da Luz

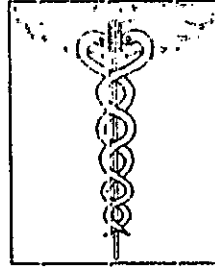
14 JAN 2004

Em Teste _____ da Verdade
Tabellão
Valor recebido em cont. R\$ _____
Valido somente com Sel. de Autenticação (12) 3892-2235

CLÍNICA SANTA HELENA

FONE 3892.1237

Av. Guarda Mor Lobo Viana 1193
Porto Grande, São Sebastião, SP.



ATESTADO

Declaro que o(a) paciente Elisa Rodriguez
do Cruz deverá ficar afastado de
suas atividades habituais por 45 (quarenta e cinco) dias
a contar de 06/01/04, por motivos de saúde.

CID: S32-1

São Sebastião, 06/01/04



Tabelão de Notas e Anuenc.
São Sebastião/SP (12) 4522235
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia em original,
conforme a original a mim apresentada Dou le

14 JAN 2004

Em Teste _____ da Verdade

Tabelião
Valor recebido p/ autenti. R\$ _____
Válido somente com selo de autenticação

Dr. Luiz Teruo Minami
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM 41 525 - SP

Dr. Luiz Teruo Minami
Cirurgião Ortopedista
CRM 41 525 - SP

SANTA CASA CORACAO DE JESUS

Seqüencia: 086618 Dat.Emi.: 06/01/2004 Hcr.Emi.: 09:20

Tip.Atend.: Externo Num.Atend.: 01959999 Conv: V.S - VALE SAUDE
Sator : EX - EXTERNO Clinica/Equipe: 003 - CLINICA MEDICA
Tecnico : 09 - GILBERTO 08:20
Paciente : ELITA RODRIGUES DA LUZ - 0042217/02E ID: 53a SEX: F
Medico : 041525 - LUIZ TERUO MINAMI

SETOR DE RAIOS X

RESULTADO

EXAME : 0370 COLUNA SACROCOCCIX AP+P

Imagem sugestiva de fratura do coccix.

Tabellão de Notas e Anexos
São Sebastião, SP (12) 4522235

AUTENTICACÃO
Autêntica e presente. Cópia reproduzida
infame e crime de falsificação Doule

11/11/2004

Em Teste _____ da Verdade

Talhado.
Valor recebido por autent. de _____
Validamente com selo de autenticação

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO SEBASTIÃO, SP

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS
ALEXANDRE IBANES
Escritório

1811AA042765

CRM : 075525 - MARCELO HILARIO
RADIOLOGISTA