

FEDERAL DE SEGUROS S/A



RECIBO DE QUITAÇÃO DE SINISTRO

Página: 0001 de 0001

SINISTRO 0135.81.03.00000164 / 001 DOC ESTIPULANTE 0135.81.00.00000101

ESTIP/ORGÃO AVERB PREFEITURA DO MUNICIPIO DE COTIA
ITEM 0135.81.00.00000101 / 000000
DT OCORR 23/12/2004
DT AVISO 17/02/2005
SUC 0035 SÃO PAULO
DESTINO SÃO PAULO
NAT DANO DIT D. INC. TEMPORÁRIA
RAMO ACIDENTES PESSOAIS / SEGURO ACID PESSOAIS
SEGURADO FABIO BRUNO DE MENEZES
OBSERVAÇÃO PAGAVEL SUCSP - DIT - 60 DIÁRIAS

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.

SEC Nº CHQ
10326721

FAVORECIDO FABIO BRUNO DE MENEZES			VLR SINISTRO
IDENTIDADE 21.804.924	TIP IDENT RG	ORGÃO EXPEDIDOR SSP-SP	1.700,00
LOCAL E DATA SP 17/06/05	ASSINATURA		VLR PGTO
			1.700,00

DiotoK : VLADIMIR

FEDERAL DE SEGUROS S/A



RECIBO DE QUITAÇÃO DE SINISTRO

Página: 0001 de 0001

SINISTRO 0135.81.03.00000164 / 001 DOC ESTIPULANTE 0135.81.00.00000101

ESTIP/ORGÃO AVERB PREFEITURA DO MUNICIPIO DE COTIA
ITEM 0135.81.00.00000101 / 000000
DT OCORR 23/12/2004
DT AVISO 17/02/2005
SUC 0035 SÃO PAULO
DESTINO SÃO PAULO
NAT DANO DIT D, INC. TEMPORÁRIA
RAMO ACIDENTES PESSOAIS / SEGURO ACID PESSOAIS
SEGURADO FABIO BRUNO DE MENEZES
OBSERVAÇÃO PAGAVEL SUCSP - DIT - 60 DIÁRIAS

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.

SEC 10326721 Nº CHQ

FAVORECIDO FABIO BRUNO DE MENEZES			VLR SINISTRO
IDENTIDADE	TIP IDENT	ORGÃO EXPEDIDOR	1.700,00
LOCAL E DATA	ASSINATURA		VLR PGTO
			1.700,00

Corpo Banco Agência 001 341 0093 10 10855-9 17 7K=329052 2 1.700,00

Pague por este Cheque a quantia de: **UM MIL E SETECENTOS REALS**

FABIO BRUNO DE MENEZES

VALIDO SOMENTE PARA DEPÓSITO NA CONTA DO FAVORECIDO
VEDADA A CESSÃO E TRANSFERÊNCIA MEDIANTE ENDOSSO

Banco Itaú S.A. **Itaú** SÃO PAULO 20 de ABRIL de 2005

RIO DE JANEIRO, 20 de ABRIL de 2005
RUA GRACA ARANHA, 0036
RUA DE JANEIRO, RJ

FEDERAL DE SEGUROS S/A
CNPJ 33.928.219/0001-04 - CLIENTE DESDE 02/11/78

34100938 0013290525 0000008559



97
OK.

São Paulo, 28 de abril de 2005

À
FEDERAL DE SEGUROS S.A

At.: Depto. De Sinistro Vida

Ref.sin.: Prefeitura do Município de Cotia
Fabio Bruno de Menezes (complemento)

Segue anexo os documentos referente ao sinistro em referência.

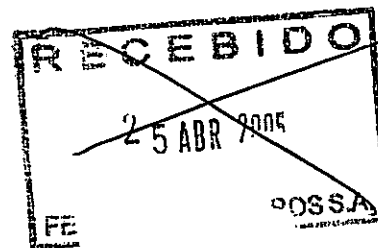
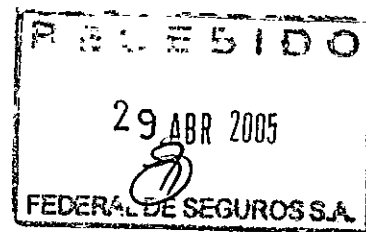
- Atestado definitivo do médico assistente (Relatório médico) ;



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

Atenciosamente,

Rosimeiry Ramos
Depto.de Sinistro Vida





ATESTADO DEFINITIVO DO MÉDICO ASSISTENTE

SINISTRO Nº

APÓLICE Nº

DATA DO ACIDENTE

LOCAL DO ACIDENTE

SEGURADO

RESIDÊNCIA (RUA, Nº, CIDADE, ESTADO)

PROFISSÃO

QUESITOS DA COMPANHIA

RESPOSTA DO MÉDICO

I - Em que data prestou os primeiros serviços profissionais ao acidentado?

07.09.04

II - DIAGNÓSTICO

a) Quais foram as lesões constatadas por V. Sa? (Indique sede, natureza e extensão das lesões)

a) LUXAÇÃO ESCAPULO HUMERAL DM

b) Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente?

b) SIM

c) Em caso negativo quais foram as causas?

c) -

d) Encontrou V. Sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional, preexistente ao acidente? Qual?

d) NÃO

III - TRATAMENTO

a) Onde foi a vítima tratada?

a) H. Cobo

b) Qual foi o tratamento clínico?

b) Redução cirúrgica

c) Qual foi o tratamento cirúrgico?

c) Fixação com placa e parafusos

d) Qual foi o tratamento fisioterápico?

d) SIM

e) Sobrevieram complicações? Quais?

e) LUXAÇÃO RECIDIVANTE 60°

f) Foram elas consequência direta e imediata das lesões acidentais?

f) SIM

g) Ou derivaram da negligência do acidentado, de alguma concausa ou doença preexistente?

g) NÃO

h) Já tivera o acidentado, quando V. Sa. o atendeu pela primeira vez, alguma assistência médico-hospitalar em consequência deste acidente? Onde e por que médico foi prestada?

h) NÃO

IV - CONSEQUÊNCIAS FINAIS DO ACIDENTE

1 - Caso de Invalidez Temporária

a) Em que data V. Sa. deu alta ao acidentado?

a) EM T.T.

b) O Acidentado acha-se completamente restabelecido?

b) NÃO

c) Se ele ainda se acha sob os seus cuidados profissionais, qual o tempo necessário para a recuperação integral ou para consolidação das lesões?

c) 6 meses

2 - Caso de Invalidez Permanente

a) Queira declarar com a possível precisão, a percentagem da invalidez funcional de cada órgão, membro ou parte de membro lesados, como consequência direta e exclusiva do acidente.

a) -

b) Essa redução deve ser considerada de caráter definitivo?

b) -

c) Ou poderão as partes lesadas, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar? Em caso afirmativo qual será a percentagem definitiva da redução funcional?

c) -

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

d) Qual o tempo necessário para obter essa melhoria e quais as providências que V. Sa. aconselha?

d)

3 - Caso do Morto

- a) Em que data ocorreu a morte?
- b) Qual foi a causa imediata, que a determinou?
- c) Resultou a morte exclusivamente dos efeitos do acidente?
- d) Ou concorreram para o desenlace outras causas? Quais?

a)

b)

c)

d)

4 - Informações Adicionais que possam ser prestadas pelo Médico Assistente:

Operado cirurgicamente por Dr. Oriberto Diniz em 23/12/04. Após acidente de trânsito com LUXADOR DEQUADRANTE (T.R.)

LUGAR E DATA

COTO 26 de Abril de 2005

ASSINATURA DO MÉDICO

C.R.M. E NOME LEGÍVEL EM LETRA DE FORMA

70432 JOÃO LUIZ BRANC GALLOTH

ENDEREÇO DO CARTÓRIO

ESPACIO RESERVADO PARA RECONFORTAMENTO DA BIRMA DO MÉDICO

DECLARAÇÃO DE BIRMA E RECONFORTAMENTO DE NOTAS E RECONFORTAMENTO DE NOTAS

1. TABELÃO ENOTAS

R. JOSÉ AUGUSTO DIAS, 248 - VILA SOTER - FONE 4416-249

Reconhecimento por semelhança e firma de JOÃO LUIZ BRANC GALLOTH

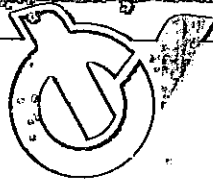
Coto 26 de Abril de 2005

Testemunha: SAMUEL ALE ANDRÉ DERRADES - ESCRITURA

Total: 252,50 - VALOR TOTAL COM GEL DE CONFORTO

351240/31 - 16:51:57





VERTCON
Seguros

ST. OK:

São Paulo, 05 de abril de 2005

À
FEDERAL DE SEGUROS S.A

At.: Depto. De Sinistro Vida

REF. SIN.: Prefeitura do Município de Cotia
Fabio Bruno de Menezes(complemento)

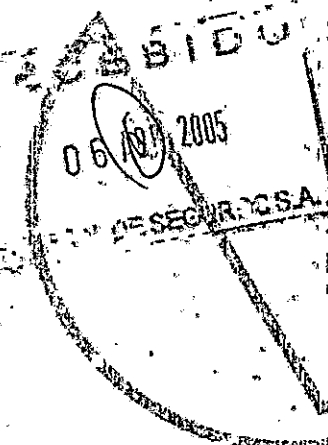
Segue anexo os documentos referente ao sinistro em referência.

- Declaração da prefeitura original;
- Declaração do segurado informando a impossibilidade de mandar o boletim de ocorrência (com firma reconhecida);
- Cópia da receita médica ;
- Cópia de declaração médica (02 folhas);
- Cópia do atestado médico ;
- Cópia do holerite ;
- Cópia do resultado de exames (04 folhas);
- Cópia do protocolo ;

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

Atenciosamente,

Rosimeiry Ramos
Depto.de Sinistro Vida





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE COTIA
GUARDA CIVIL DE COTIA



D E C L A R A Ç Ã O

Declaro para os devidos fins, que o Sr. FABIO BRUNO DE MENEZES, trabalha nesta Corporação desde sua admissão em 10 de julho de 2002 à presente data, após aprovação em Concurso Público, na função de Guarda Civil, sob o Regime Estatutário, em que não está sujeito ao registro em Carteira Profissional.

Cotia, 31 de Março de 2005.


CILSO VIEIRA CARDOSO
INSPETOR COMANDANTE

DECLARAÇÃO

EU, Fábio Bruno de Menezes brasileiro, solteiro portador da
Carteira de Identidade nº.21.844.924 e

Cpf nº 14743333890

estabelecido na rua Mariz e Barros bairro: Aclimação Cep: 01545-010
nº....46..... na cidade deSão Paulo /SP.....

Declaro para fins de prova junto a(o) FEDERAL SEGUROS S/A,
Representada por Vertcon Seguros sito à R. Cons. Crispiniano, 139 sala 101 10and
Centro - São Paulo
Cep: 01037-001

que fica impossibilitado à coleta de dados referente ao Boletim de Atendimento Médico
Hospitalar devido aos seguintes fatos :

- A) Após o acidente encaminhado para o Dr. Paulo Roberto C. Santos
- B) Continuidade no tratamento com o Dr. João Luiz B. Gallotti
- C) Não foi possível arrolar melhores dados devido ao Hospital de Cotia sob
intervenção (fechado) noticiário nos meios de comunicação como a Rede Globo de
Televisão, Jornal Folha de São Paulo, Jornal Estado de São Paulo.

U1 ABR 2005

Nos termos em que, respeitosamente,
Pede deferimento

9º
V. MARIANA
Contendo por

Fábio Bruno de Menezes

OFICIAL DE REG. CIVIL DAS PES. NAT. 9.º SUBDISTRITO VILA MARIANA - SP
Bel. João Baptista Mariellen - Oficial
PRACA OSWALDO CRUZ, 39 - PARAISO (CEP: 04004-070) - TEL.: 3287-7928 / 3285-8874

Reconheço por este documento o valor econômico e legal de 01 de Abril de 2005, da verdade.

(1) Lide de 05 anos - Escrivente Aux. Gislaine de Mira - Esc. Aux.

Total: 4,00 x VALOR SUBSTITUIÇÃO DE AUTENTICIDADE

1031A/24258

Rosimeiry Ramos

Cotia

De: "Vera" <vlxavier.sp@federalseguros.com.br>
Para: "Rosimeiry Ramos" <rosi.ramos@vertconseguros.com.br>
Enviada em: quinta-feira, 17 de março de 2005 17:23
Assunto: Sin. Fábio Bruno de Menezes - 0135810300000164

Rosimeiry,

Para que possamos dar prosseguimento à análise do processo de indenização do sinistro acima referenciado, faz-se necessário o envio dos documentos abaixo relacionados:

- Atestado Definitivo do Médico Assistente
- Boletim de 1o.atendimento médico hospitalar,
- Comprovante de despesas médicas (farmácia),
- Outros atestados médico, se houver
- Cópia da CPTS com antoação do afastamento médico

No aguardo das devidas providências, subscrevemo-nos

Atenciosamente,

Vera
Suc.SP

17/3/2005

Sid OK

São Paulo, 27 de Janeiro de 2005

FEDERAL DE SEGUROS S.A

R# 15,27

D.I.T 500,00

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

REF.SIN.:PREFEITURA DO MUNICIPIO DE COTIA
FABIO BRUNO DE MENEZES (D.I.T)

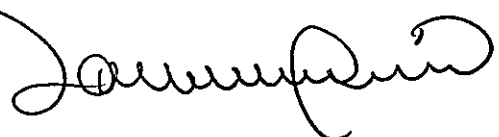
Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

- Cópia autenticada do demonstrativo de pagamento;
- Cópia autenticada da declaração médica ;
- Cópia autenticada do comprovante de residência ;
- Cópia do RG e CPF ;
- Receita médica ;

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

Atenciosamente,

Rosimeiry Ramos
Ger. Operacional


27/01/05
Claudine G. da Silva
Gerente de Sucursal

REGISTRO
 GERAL

21.844.924

DATA DE
 EXPEDIÇÃO

20/FEV/87

NOME

FABIO BRUNO DE MENEZES

FILIAÇÃO

Benevenuto Furtado de Menezes

ANO

" "

DATA DE NASCIMENTO

25/FEV/1972

NATURALIDADE

S. Bernardo do Campo-SP

DOC ORIGEM

S.B. do Campo-SP/S.B. do Campo
 91162

CN: LVE A-112/Fls. 153/Ws 91162

CPF

147.41.043-1

Delegado de Polícia
 Tarciso LINOSSSP

ASSINATURA DO DIRETOR

Antônio Carlos de Castro, 147.41.043-1

LEIN 7.116 DE 29/08/83

ORIGINAL DE FOLHA 153 DE 153

MINISTÉRIO DO FAZEND.
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CÁDASTRO DE PESSOAS FÍSICAS



NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF
147433338 90

ASSINANTE
FABIO BRUNO DE MENEZES

ASSINADO
FABIO BRUNO DE MENEZES

ASSINADO
25.02.1972

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIO EM TODA O TERRITORIO NACIONAL
 ESTE CARTÃO E O DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FISICAIS
 DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS
 PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE MATRIZULA TRIBUTARIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA
 CA RECEITA FEDERAL.

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL
 Rua Albuquerque Maranhão, 12-80B - CAMARGOS
 Autentica e registra em nome de
 do qual é titular a qual compete a representação legal

3410240-7
 13/10/89
 ITAUBANCO
 L 80932/7167

JOSE ROBERTO ALVES
 11 NOV 1989
 1225

COLÉGIO NOTARIAL
 PORTAL DO BRASIL

NOME MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO
 APROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SIF

AES ELETROPAULO

Nota Fiscal Série B Conta de Energia Elétrica

Nota Fiscal nº 000752599	Data de Emissão 22 NOV 2004	Conta Referente a NOV 2004	Nº Cliente 48168670	Consumo kWh 199	Vencimento 3 DEZ 2004	Total a Pagar R\$ 77,71
-----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------------	--------------------	--------------------------	----------------------------

BENEVENUTO FURTADO DE MENEZES
R MARIZ E BARROS 46
SAO PAULO
CPF/CNPJ 444.216.488-68

Eletropaulo Metropolitana
Eleticidade de São Paulo SA
Rua Lourenço Marques 158
04547-100 São Paulo SP

CNPJ 61.695.227/0001-93
Inscrição Estadual 108.317.078.118
Regime Especial Proc. DRT-1 nº 20.186/71

Loja de Atendimento das 8h30 às 16h30

RUA PEREIRA ESTEFANO 114
SAO PAULO

Prezado(a) BENEVENUTO

A AES Eletropaulo tem equipes especialmente treinadas para atender os casos de interrupção de energia. Com equipamentos de última geração e frota moderníssima, chegamos rapidamente aos locais solicitados.

Essa é uma das muitas maneiras que a AES Eletropaulo encontrou para melhor atender a seus clientes. Afinal, tudo que fazemos é da sua conta.

Atenciosamente,

AES Eletropaulo

Redução do valor do Encargo de Capacidade Emergencial - ECE

O Encargo de Capacidade Emergencial - ECE cobrado sobre a energia consumida a partir de 1º de novembro de 2004 sofreu redução de R\$ 0,0085 / kWh para R\$ 0,0067 / kWh, de acordo com a Resolução Homologatória nº 262 da ANEEL, de 3 de novembro de 2004, publicada no D.O.U. de 05/11/2004.

Aviso Importante: Em anexo - Comunicado de conta pendente
Informações de Leitura

www.eletropaulo.com.br

Anterior	Atual	Próxima	Entrega da Conta	Leitura	IRR
20 OUT	19 NOV	17 DEZ	24 NOV	4542	000

Dados de Faturamento

Valor R\$

CONSUMO	TARIFA	
199 KWH X	0,31151000	61,99
ICMS		8,64
MULTA		1,45
COSIP LEI 13.479/02		3,50
ECE 199 KWH X	0,00736000	1,46
JUROS MORATORIOS		0,65
JUROS COSIP		0,02

Sua Instalação

Medidor	Fator Multiplicador	Classe	Faturamento
0570228	00001	Residencial	Bifásico

Conjunto Elétrico SAUDE

	DEC	FEC	DIC	FIC	DMIC
Limite Permitido	2,50	2,00	13,00	8,00	7,00
Verificado em	0,20	0,09	*	*	*
SET 04	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)
Horas em média, que a região ficou sem energia Vezes em média, que a região ficou sem energia Horas que o cliente ficou sem energia Vezes que o cliente ficou sem energia Máximo de horas contínuas que o cliente ficou sem energia					

21.012.316-8
PAGO

Histórico de Consumo kWh

OUT/2004	200	
SET/2004	210	
AGO/2004	313	
JUL/2004	92	
JUN/2004	184	
MAI/2004	220	
ABR/2004	176	
MAR/2004	156	
FEV/2004	171	
JAN/2004	186	
DEZ/2003	178	
NOV/2003	178	

Tensão Nominal

115/230 V

Tensão Mínima

108/216 V

Tensão Máxima

127/241 V

ICMS - Lei Estadual 6374 de 01/03/89
Base de Cálculo R\$ 72,09
Alíquota 12 % - Valor R\$ 8,64

Total

77,71

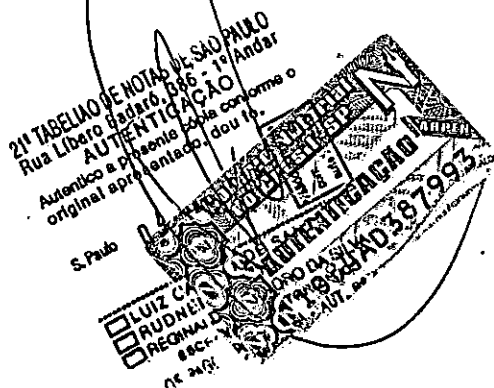
Informações do Faturamento

O PAGAMENTO DESTA CONTA NÃO QUITA DÉBITO ANTERIORES. SOBRE A CONTA PAGA APÓS O VENCIMENTO INCIDIRÃO MULTA DE 2%, JUROS DE MORA DE 0,033% AO DIA (LEI 10.438 DE 26/04/2002) E ATUALIZAÇÃO FINANCEIRA A SEREM INCLUIDOS EM CONTA FUTURA.
ECE - ENCARGO DE CAPACIDADE EMERGENCIAL
UNIDADE CONSUMIDORA FATURADA PELA TARIFA RESIDENCIAL PLENA

7912.8CBC.505D.1D68.4787.373F.BA3F.07B5

Reservado ao Fisco

Autenticação Mecânica





PREFEITURA MUNICIPAL DE COTIA

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

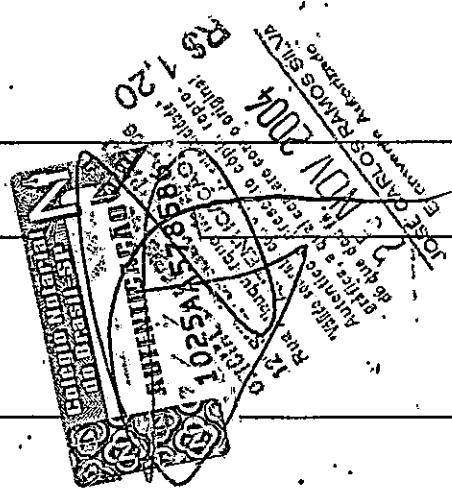
Mês/Ano 08/2004
Folha 897

Registro ELETIVO
Funcionário FABIO BRUNO DE MENEZES

Cargo GUARDA CIVIL III

Salário Base 360,00
Banco 001
Agência 916-4
Conta Corrente 0000010765-4

Cód.	Descrição	Ref.	Vencimentos	Descontos
001	VENCIMENTOS		360,00	
009	ADIC R VIDA		360,00	
039	VALE TRANSP		40,00	
431	COTIAPREV	11,00		
800	ARREDOND. ANTERIOR			79,20
801	ARREDOND. ATUAL		0,80	0,40



TOTALS 760,50 79,50

LÍQUIDO A RECEBER 681,00

Sit. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS Mês	Base Calc. IRRF	IRRF	Nº Dep. IRRF
0,00	0,00	0,00	540,80	0,00	0

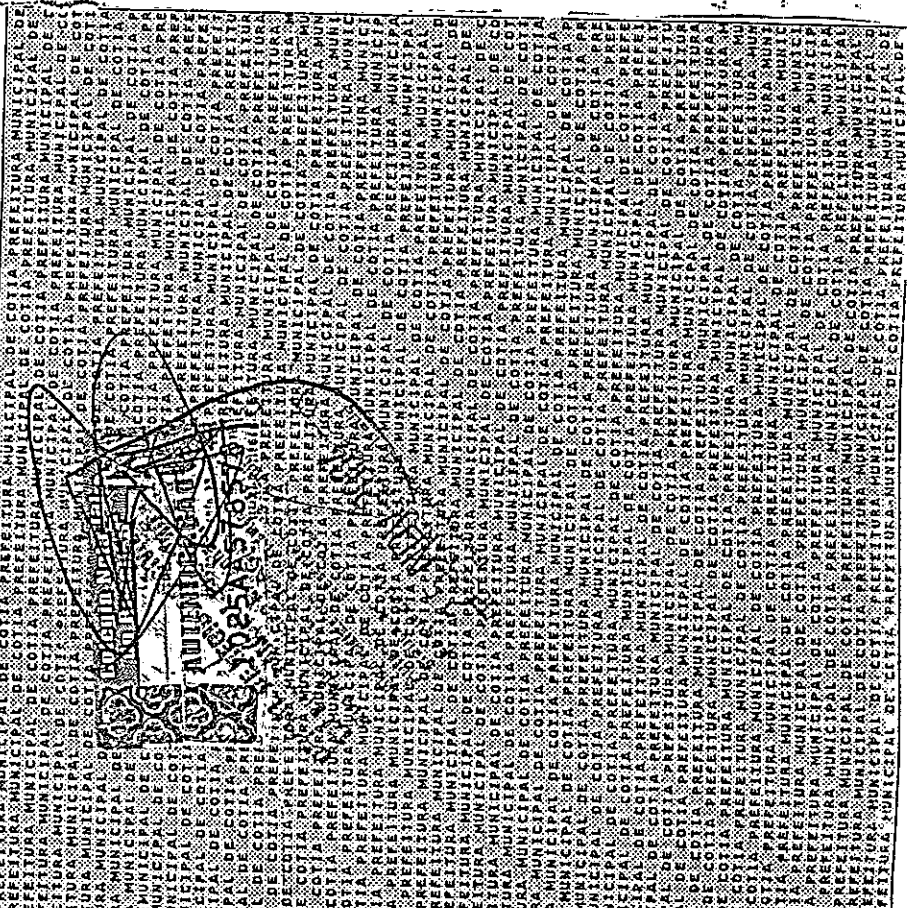
C.N.P.J. 46.523.049/0001-20
Folha 897

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE COTIA

Matrícula 428702
Funcionário FABIO BRUNO DE MENEZES

Chapa 01000
Categoria MENSALISTA



São Paulo, 17 de Janeiro de 2005

FEDERAL DE SEGUROS S.A

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

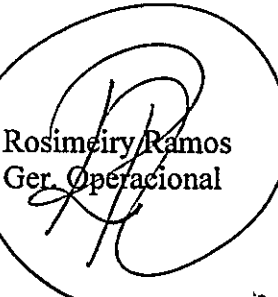
REF. SIN.: PREFEITURA MUNICIPAL DE COTIA
FABIO BRUNO DE MENEZES (D.I.T)

Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

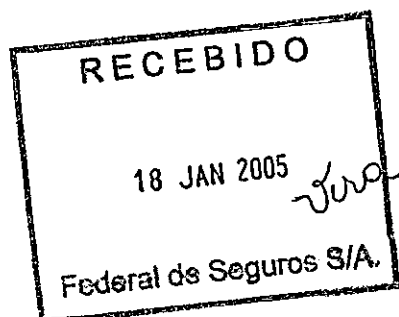
- Aviso de Sinistro ;
- Resultado de Exames: Filme de RX (01 P, 03 M)

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

Atenciosamente,



Rosimeiry Ramos
Ger. Operacional



 FEDERAL SEGUROS	AVISO DE SINISTRO DE PESSOAS	SUCURSAL

RAMO VG ☐ MORTE ☐ IEA	☐ IPA ☐ IPD	RAMO AP ☐ MORTE ☐ IPA	☒ DMH ☒ DIT	DATA DO RECEBIMENTO DESTA AVISO NA SUCURSAL ____/____/____
---	--	---	--	--

NOME DO SEGURADO		TELEFONE
<i>Julio Bruno de Menezes</i>		<i>62154900</i>
ENDEREÇO DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO		
<i>R. Maru e Barros n° 46</i>		
ESTIPULANTE / SUBESTIPULANTE		
<i>Prefeitura de Cota</i>		<i>71676252</i>

LOCAL DE DATA DO SINISTRO

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

O segurado ao subir em um barranco, escorregou, e veio a colidir com o muro. Ocasionalmente a lesão no braço direito

PESSOA QUE VIU O SINISTRO OU QUE PRIMEIRO VIU O SEGURADO APÓS O SINISTRO

NOME	ENDEREÇO
------	----------

PESSOA QUE PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS OU INFORMAÇÃO QUE PERMITA IDENTIFICÁ-LA

NOME	ENDEREÇO
------	----------

DATA	HORA	LOCAL
------	------	-------

MÉDICOS ASSISTENTES

ANTES SINISTRO	NOME	CRM
	RESIDÊNCIA (RUA, NÚMERO, TELEFONE, CIDADE, ESTADO, CEP)	

APÓS SINISTRO	NOME	CRM
	RESIDÊNCIA (RUA, NÚMERO, TELEFONE, CIDADE, ESTADO, CEP)	

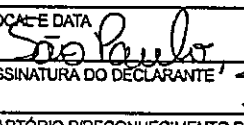
DATA EM QUE SE AFASTOU DO TRABALHO	DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA	PARTICULAR	INSS
<i>23 / 12 / 2004</i>	<i>07 / 09 / 2004</i>	____/____/____	____/____/____

HOVE INQUÉRITO POLICIAL PARTICULAR ☐ 1 - SIM ☒ 2 - NÃO	HOVE INTERVENÇÃO POLICIAL ☐ 1 - SIM ☒ 2 - NÃO	ÓRGÃO POLICIAL EM QUE REGISTROU A OCORRÊNCIA (ANEXAR CÓPIA)
--	---	---

INFORME SE O SEGURADO TEM OS SEGUROS ABAIXO CITADOS EM OUTRAS SEGURADORAS

ACID. PESSOAIS ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO	VIDA ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO	INDIQUE A(S) SEGURADORA(S)
--	--	----------------------------

AUTORIZAÇÃO: AUTORIZO A SEGURADORA, POR INTERMÉDIO DE SUA CONSULTORIA MÉDICA, EM FACE DO DISPOSTO NOS ARTIGOS 83 E 106 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, A SOLICITAR, AOS MÉDICOS QUE ATENDERAM O SEGURADO ACIMA IDENTIFICADO, DETALHES A RESPEITO DESSA ATENDIMENTO, SE FOR O CASO, DA HISTÓRIA MÉDICA OU DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR ANTERIOR A DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

RECONHECIMENTO DA FIRMA	LOCAL E DATA <i>São Paulo</i> ASSINATURA DO DECLARANTE  CARTÓRIO / RECONHECIMENTO DE FIRMAS
-------------------------	---

ESTIPULANTE	Nº DA APÓLICE	Nº CERTIFICADO	INÍCIO RISCO INDIVIDUAL	CAPITAIS SEGURADOS EM MILHARES DE R\$
	VG	AP		VG
	NOME COMPLETO DO SEGURADO			LICENCIADO POR INSTITUTO PREVIDÊNCIA
				☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO
	ADMITIDO EM	AFASTOU-SE EM	ÚLTIMO ORDENADO	LOCAL E DATA
	____/____/____	____/____/____		____/____/____
	ASSINATURA E CARIMBO ESTIPULANTE			

COD. 096 - 1004

1ª VIA - GERÊNCIA DE SINISTROS - MATRIZ

2ª VIA - SI. OFICIAL. DE REG. CIVIL DAS PES. NAT. 2.ª SUBDISTRITO VILA MARIANA - S.
Bel. João Baptista Martelletto - Oficial

PRAÇA OSWALDO CRUZ 38, P. 1.º - C. -