

OK

Nº do Sinistro <b>1009700011662</b>	Nº da Apólice <b>102097000157</b>	Ramo <b>VIDA EM GRUPO (AP+VG)</b>	Pagamento <b>Indenização de Sinistro</b>	Data da ocorrência <b>06/07/2003</b>
Nome do Segurado <b>JAIME DE OLIVEIRA</b>				
Nome do Estipulante <b>SIND. SERV. PÚBLICOS MUNIC. DE LENÇÓIS PAULISTA</b>				
Corretor <b>VERTCON ADM CORR DE SEGS DE VIDA</b>				
<b>DADOS DO CHEQUE</b>				
Banco <b>702-BANCO SANTOS</b>	Agência <b>0001</b>	Nº do cheque <b>0069531</b>	Data de Emissão <b>26/11/2003</b>	
Valor do cheque <b>R\$ 1.000,00 (um mil reais)</b>				
<b>DADOS DO BENEFICIÁRIO</b>				
Nome do Beneficiário <b>JAIME DE OLIVEIRA</b>				
RG Nº	Data Expedição	Órgão Emissor		

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Comp.	Banco	Agência	C1	Conta	C2	Cheque Nº	C3	R\$
018	702	0001	0	10.101-6	6	069531	9	1.000,00

Pague por este cheque a quantia de **UM MIL REAIS** e centavos acima  
a **JAIME DE OLIVEIRA** ou a sua ordem

**BANCOSANTOS**

AGENCIA MATRIZ:  
AV. PAULISTA, 1842 - 5º AND  
SAO PAULO - SP  
CLIENTE DESDE 31/01/1994

SAO PAULO, 26 de Novembro de 2003

*[Assinatura]*

SANTOS SEGURO S/A  
CNPJ: 69.412.997/0001-93

70200012 01806953154 900001010166

**DECLARAÇÃO**

Recebi da Santos Seguradora S.A., a importância mencionada acima, referente a liquidação de Indenização de Sinistro do segurado acima citado. Com este recibo, dou plena, total, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação do valor ora recebido da Santos Seguradora S.A., para nada mais reclamar com relação a este sinistro, quer em juízo ou fora dele, em qualquer época.

Local e Data	Assinatura
--------------	------------

OBS: Devolver protocolado pelo(a) beneficiário(a)  
Av. Paulista, 1842 - 4º Andar - Ed. Catemco Plaza - Torre Norte - CEP: 01210-200 - SP - Fone: 11 3260 6000 - Fax: 11 3260 6070

*[Assinatura]*  
**Rosmeire Ramos**

14/NOV/2003  
*[Assinatura]*  
Departamento de Sinistros

# SANTOS SEGUROS

São Paulo, 29 de setembro de 2003.

À  
VERTCON SEGUROS  
SÃO PAULO - SP

Ref.: Sinistro D.I.T. - 1009700011662  
Segurado - Sr. Jaime de Oliveira  
Estipulante - Prof. Munic. Lençóis Paulista  
Apólice n.º 01.02.097.000157 -- sub 8

Para a regulação do sinistro em questão, necessitamos do envio dos documentos abaixo em cópias autenticadas:

- C. A. T. Comunicação de Acidente de Trabalho e/ou Boletim de ocorrência Policial; **DECLARARA. PRÓPRIO PUNHO - NÃO É ACIDENTE DE**
- Se motorista - CNH; **NÃO É MOTORISTA. TRABALHO.**
- Holleriths meses 06 e 07/2003.

Sendo o que tínhamos para o momento, ficamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

SANTOS SEGURADORA S/A  
DEPARTAMENTO SINISTRO PESSOAS

PREF LENÇÓIS

PROMISSA

DEPTO. PESSOAL

(14) 3269 7000

(14) 3269 7055

SILMARA

# SANTOS SEGUROS

São Paulo, 29 de setembro de 2003.


À  
VERTCON SEGUROS  
SÃO PAULO -SP

*Ref.: Sinistro D.I.T. – 1009700011662*  
Segurado – Sr. Jaime de Oliveira  
Estipulante – Pref. Munic. Lençóis Paulista  
Apólice n.º 01.02.097.000157 – sub 8

Para a regulação do sinistro em questão, necessitamos do envio dos documentos abaixo em cópias autenticadas:

- C. A T . Comunicação de Acidente de Trabalho e/ou Boletim de ocorrência Policial;
- Se motorista – CNH;
- Holleriths meses 06 e 07/2003.

Sendo o que tínhamos para o momento, ficamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

  
Atenciosamente,

SANTOS SEGURADORA S/A  
DEPARTAMENTO SINISTRO PESSOAS

São Paulo, 16 de Setembro de 2003

À

**SANTOS SEGUROS**

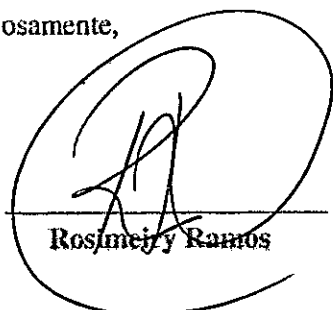
**AL. DEPTO. DE SINISTRO**

**REF.: PREFEITURA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA  
JAIME DE OLIVEIRA (TITULAR)**

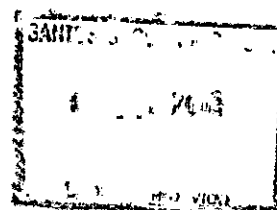
Visando dar abertura no processo acima, anexamos os seguintes documentos:

- Aviso de Sinistro
- Atestado Médico (03)
- R.G.
- CPF

Atenciosamente,

  
Rosineiry Ramos

**PROTOCOLADO**



**BS SANTOS SEGUROS**

**AVISO DE SINISTRO**  
VIDA EM GRUPO e ACIDENTES PESSOAIS

ESTIPULANTE:

APOLICE

**DECLARAÇÃO DO INTERESSADO**

NOME DO SEGURADO <i>Saimon de Oliveira</i>		N.º DO CERTIFICADO	
DATA DO SINISTRO <i>06/07/03</i>	HORA DO SINISTRO <i>24:00 h</i>	LOCAL DO SINISTRO <i>alojamento - Barra Bonita</i>	
DATA DE ADMISSÃO NO EMPREGO <i>/ /</i>		ÚLTIMA FUNÇÃO DE TRABALHO <i>/ /</i>	ÚLTIMO SALÁRIO DO SEGURADO
ESTAVA O SEGURADO AFASTADO DO TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		DESDE QUANDO?	MOTIVO
ESTAVA O SEGURADO APOSENTADO? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		DESDE QUANDO?	MOTIVO
TEM O SEGURADO SEGUROS EM OUTRAS SEGUROSAS? <i>NÃO</i>			
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE ANTES DO SINISTRO			CRM
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE APÓS O SINISTRO <i>Orlando Credidio - ortopedista</i>			CRM

**SÓ PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE**

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE E PROVIDÊNCIAS TOMADAS IMEDIATAMENTE APÓS A SUA OCORRÊNCIA

*Fratura de clavícula esquerda  
foi feito o gesso p/ imobilização do MSE.*

HOVE INTERVENÇÃO POLICIAL?

SIM

NÃO

HOVE INQUÉRITO POLICIAL?

SIM

NÃO

DECLARAMOS QUE SÃO VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA

RECEBIMENTO DA COMPANHIA

DATA

*30/07/03*

ASSINATURA

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO EM CASO DE ACIDENTE

Nome do Segurado: *Jaime de Oliveira* Data do Acidente: *17/07/03*

Quando e onde atendeu o paciente pela primeira vez com relação ao acidente?  
*Exame pericial dia 30/07/03*

Quais as lesões sofridas? (Diagnóstico)  
*Fratura de clavícula esquerda - aberta*

Qual o tratamento efetuado?  
*Imobilização c/ Velpeaux*

Era o segurado portador de alguma moléstia ou invalidez na ocasião do acidente?  
 Sim  Não

Em caso afirmativo, descreva com detalhes.

Encontra-se o paciente com alta médica definitiva?  
 Sim  Não

Em caso negativo, qual o tempo previsto para a alta médica definitiva?  
*1 mes*

Ficará o segurado com alguma seqüela em caráter definitivo?  
 Sim  Não

Em caso afirmativo, descreva-a com detalhes.  
*Deverá fazer reavaliações posteriores com ortopedista, tendo em vista risco de pseudoartrose*

Como classificaria (entre 0 a 100%) a percentual de perda ou incapacidade funcional do órgão lesado?  
*0*

Descreva cada órgão separadamente

Nome do médico assistente: *João Bosco da Silva* CRM: *45869*

Endereço completo: *Prefeitura Municipal Lencóis Pt*

Local e data: *30/07/03* Assinatura (Firma reconhecida): *João Bosco da Silva*

Dr. João Bosco da Silva  
Clínico Geral  
CRM 45869-SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA

SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Jaine de Oliveira

Matricula n.º \_\_\_\_\_

Portador do C.P. n.º \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_

necessita de 15 dias de afastamento do trabalho a partir de 06/07/03 por

motivo de:

Doença, CID S 42.0

Doença Ocupacional/Acidente de Trabalho, CID

Licença Gestante

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES  
LENÇÓIS PAULISTA - SP

1.0 TABELONATO/NOTAS/PROTESTO

1. AUTENTICAÇÃO  
Autentico esta cópia reprográfica, conforme original apresentado, do qual dou fé.



Jane P. 18/07/03

Local e Data

Dr. Orlando Credidio Filho  
CRM 20.649

Assinatura e Carimbo do Profissional

Embasamento Legal: Lei 610/50, Estadual e/ou Lei 6514/77 art. 168 §.1º e 3º, e Portarias nºs 3214/78, 3164/82 e 12/83 do Ministério do Trabalho.

NOTA: De acordo com Portaria MPAS 1722 de 15/07/79 esse atestado é válido para todos os fins trabalhistas.

*307*

*307*



PREFEITURA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA

SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Jairme de Oliveira  
 Matrícula n.º \_\_\_\_\_  
 Portador do C.P. n.º \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_  
 necessita de 60 (sessenta)  
 dias de afastamento do trabalho a partir de 06/07/03 por  
 motivo de:

Doença. CID cod 542.0

Doença Ocupacional/Acidente de Trabalho. CID

Licença Gestante.

Uridade:

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES  
LENÇÓIS PAULISTA - SP

1º TABELONATO / NOTAS / PROTESTO  
 AUTENTICAÇÃO  
 05244A037354  
 ANTONIO FLAVIO ORÉFICE  
 EVANDRO BIRAL  
 JOSÉ AP. D. ARIOSO  
 RODOLFO GUSTAVO ROSSINI

Jairme de Oliveira  
Local e Data

Dr. Orlando Credidio Filho  
CRM 20.643

Assinatura e Carimbo do Profissional

Embasamento Legal: Lei 610/50, Estadual e/ou Lei 6510/77 art. 468 § 1º e 3º, e Portarias n.º 3214/78, 3164/82 e 12/83 do Ministério do Trabalho.  
 NOTA: De acordo com Portaria MPAS 1722 de 15/07/79 esse atestado é válido para todos os fins trabalhistas.

Código 001 210 215

AUTENTICAÇÃO  
 05244A037046  
 ANTONIO FLAVIO ORÉFICE  
 EVANDRO BIRAL  
 JOSÉ AP. D. ARIOSO  
 RODOLFO GUSTAVO ROSSINI



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 20.928.147-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/SET/1999

NOME JAIME DE OLIVEIRA  
FILIAÇÃO ÉRCILIO DE OLIVEIRA  
E ELVIRA SEVERINA

NATURALIDADE ALVORADA DO SUL -PR DATA DE NASCIMENTO 25/FEV/1961

DOC. ORIGEM LENCOIS PAULISTA SP  
LENCOIS PAULISTA  
CC: I.V. B09 / FLS. 199 / N. 002852

CPF 10.416.122  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

607-2



*Jaime de Oliveira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ORGANOS ELETORIS



ANTONIO FLAVIO PEREIRA  
EVANDRO BIRAL  
JOSE AP. D. ARIBBO  
RODOLFO GUSTAVO ROBBINI

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

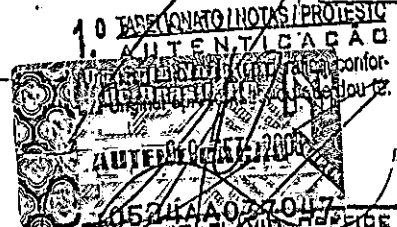
CIC

NASCIMENTO 25-02-61

INSCRIÇÃO NO CPF 030.839.248-52

CONTRIBUINTE

JAIME DE OLIVEIRA



ANTONIO FLAVIO PEREIRA  
EVANDRO BIRAL  
JOSE AP. D. ARIBBO  
RODOLFO GUSTAVO ROBBINI

*Wilson Nogueira*  
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL



São Paulo, 10 de Outubro de 2003.

À

**SANTOS SEGUROS**

**ATT.: DEPTO. SINISTRO**

**REF.: SIN.: PREFEITURA MUN. DE LENÇÓIS PAULISTA  
JAIME DE OLIVEIRA (TITULAR)  
(COMPLEMENTO)**

Conforme vossa solicitação no dia 29/10, segue anexo os seguintes documentos:

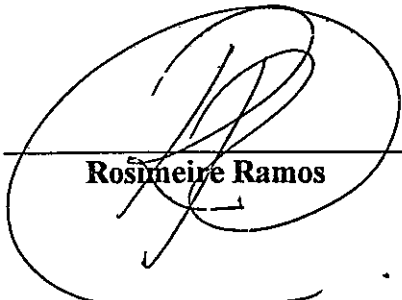
- > Comprovante de pagamento meses 06 e 07/03.
- > Declaração de próprio punho

Aproveitamos para informar-lhes que:

- > O segurado não é motorista e que não se trata de acidente de trabalho.

Sendo só para o momento, ficamos no aguardo de V. Sa.

Atenciosamente,

  
**Rosineire Ramos**



**SÃO PAULO**

Rua Tabatinguera, 83 - 1º Andar - Centro - Cep: 01020-001 - Central Telefônica / TeleFax: (11) 3242 2422  
e-mail: [vertcon@vol.com.br](mailto:vertcon@vol.com.br)