

**RECIBO DE QUITAÇÃO DE SINISTRO**  
 FEDERAL DE SEGUROS S/A  
 RIO DE JANEIRO RJ  
 AV GRACA ARANHA 174  
 0036

Banco Itau S.A.  
 RIO AV GRACA ARANHA 0036  
 RIO DE JANEIRO RJ

SAO PAULO 23 de MARÇO 2006  
 Nº 932672

Nº do cheque: 3  
 Nº da conta: 030855-9  
 Valor: R\$ 500,00\*

Agência: 0093  
 Nº do cheque: 3  
 Valor: R\$ 500,00\*

Pague por este cheque a quem de  
 QUINHENTOS REALS \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 VALIDO SOMENTE PARA DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE  
 DO FAVORECIDO VEDA A CESSÃO E  
 TRANSFERÊNCIA MEDIANTE ENDOSO,  
 ou à sua ordem

FEDERAL DE SEGUROS S/A  
 CNPJ 33.928.219/0001-04  
 CLIENTE ITAU DESDE 02/1971  
 CLIENTE BANCÁRIO DESDE 02/1971  
 Nº 30000308555-9

LOCAL E DATA	ASSINATURA	VLR PGTO	500,00
IDENTIDADE	TIP IDENT	ORGÃO EXPEDIDOR	VLR SINISTRO
FAVORECIDO	LUIZ XAVIER		500,00

SEC 10354971  
 Nº CHQ 932672

RECEBEMOS DA FEDERAL DE SEGUROS S/A A IMPORTÂNCIA ABAIXO DESCRITA.  
 PELO PRESENTE, DOUAMOS A FEDERAL DE SEGUROS S/A PLENA, GERAL E IRREVOCÁVEL QUITAÇÃO PARA NADA MAIS  
 RECLAMAR, QUER EM JUÍZO OU NÃO, A QUE TÍTULO FOR, COM REFERÊNCIA AO ALUÍDO EVENTO E CONSEQUENTES DESPESAS,  
 ASSINANDO O PRESENTE RECIBO EM 4(QUATRO) VIAS DE IGUAL TEOR E PARA UM SO EFETIVO.

ESTIP/ORGÃO AVERB	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS	ITEM	0135.81.00.00000117 / 000000
DT OCORR	16/08/2005	DT AVISO	27/12/2005
SUC	0035 SÃO PAULO	DESTINO	SÃO PAULO
NAT DANO	DIT	DIT	D. INC. TEMPORARIA
RAMO	ACIDENTES PESSOAIS / SEGURO ACID PESSOAIS	VALOR CHEQUE	500,00
SEGURADO	LUIZ XAVIER	VALOR TOTAL	500,00
OBSERVAÇÃO	PAGÁVEL NA SUC-SP - COBERTURA DIT	NR. DOCUMENTO	1.800
		DATA	27/03/2006
		CLIENTE:	LUIZ XAVIER
		AGÊNCIA:	1890-2
		CONTA:	23.195-9
		NR. AUTENTICACAO	0.975.A6D.753.C5A.847

SINISTRO 0135.81.03.0000207 / 001 DO  
 COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE EM CHEQUE

27/03/2006 - BANCO DO BRASIL - 11:28:06  
 001814510  
 0101



## RECIBO DE QUITAÇÃO DE SINISTRO

**SINISTRO 0135.81.03.00000207 / 001 DOC ESTIPULANTE 0135.81.00.00000117**

ESTIP/ORGÃO AVERB PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
 ITEM 0135.81.00.00000117 / 000000  
 DT OCORR 16/08/2005  
 DT AVISO 27/12/2005  
 SUC 0035 SÃO PAULO  
 DESTINO SÃO PAULO  
 NAT DANO DIT D. INC. TEMPORÁRIA  
 RAMO ACIDENTES PESSOAIS / SEGURO ACID PESSOAIS  
 SEGURADO LUIZ XAVIER  
 OBSERVAÇÃO PAGÁVEL NA SUC-SP - COBERTURA 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.

SEC Nº CHQ  
 10354971

FAVORECIDO LUIZ XAVIER			VLR SINISTRO
IDENTIDADE	TIP IDENT	ORGÃO EXPEDIDOR	500,00
11426730		SSP	
LOCAL E DATA	ASSINATURA		VLR PGTO
Campinas S.P.	Luiz Xavier		500,00
30-03-2006			

São Paulo, 3 de março de 2006

BCO BRASIL  
AG. 1890-2 /  
23 195-9 /

À  
FEDERAL DE SEGUROS S.A

AT. DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

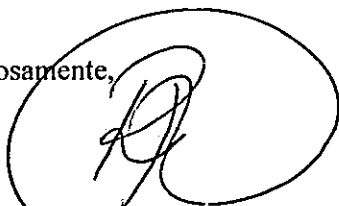
Ref.sin.: PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
Luiz Xavier ( Complemento )

Segue anexo documentos referente ao sinistro.

Cópia de Demonstrativo de Pagamento, para Comprovação de Vínculo Empregatício.

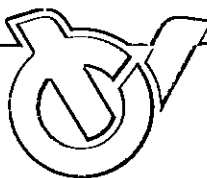
Sendo o que tínhamos para o momento, ficamos no aguardo de vossas providências.

Atenciosamente,



Rosimeiry Ramos  
Ger. Sinistro Vida

RECEBIDO  
03 MAR 2006  
Ejma  
F. Seguros S/A.



# VERTCON

Seguros

São Paulo, 21 de fevereiro de 2006

À  
Federal de Seguros S.A.  
Depto. de Sinistro Vida

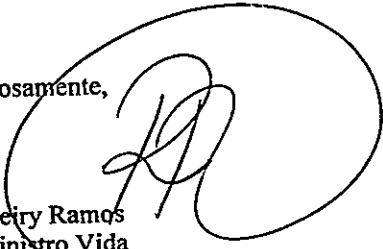
Ref.: Segurado Luiz Xavier  
Sinistro DIT – Diária de Incapacidade Temporária  
Estipulante: Prefeitura Municipal de Campinas

Conforme solicitado por este departamento, venho por meio desta informar que o segurado supra citado não enviou o relatório solicitado em 16/02/06 (sendo que o processo foi protocolado em 06/09/05, ou seja 05 (cinco) meses depois), somente agora pediram este documento complementar.

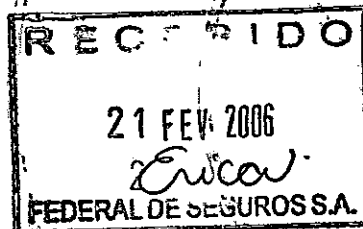
Informe que o Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, não fornece relatório médico, somente atestados, portanto não será possível o envio deste.

Peço a gentileza de analisarem o processo em questão com a documentação enviada.

Atenciosamente,

  
Rosimeiry Ramos  
Ger. Sinistro Vida  
Vertcon Corretora de Seguros.

C/c Ouvidoria.





**FEDERAL SEGUROS**

CNPJ: 33.928.219/0001-04

São Paulo, 27 de Março de 2006

À  
VERTCON SEGUROS  
AT. SR. BRANDÃO

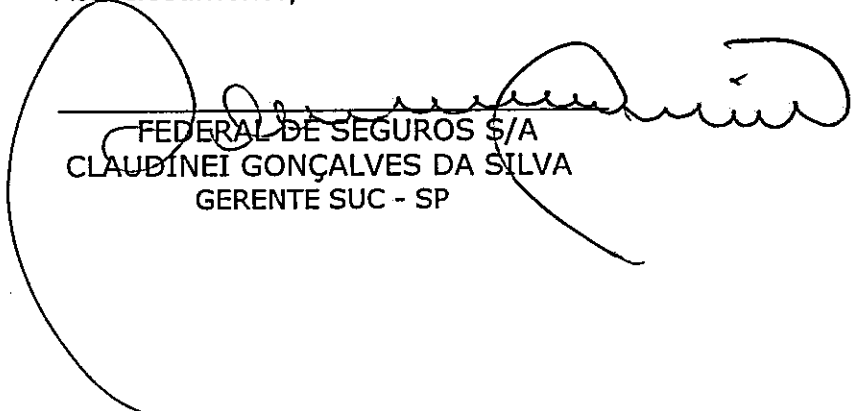
**REF. - 0135.81.03.00000207 - LUIZ XAVIER**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**

Estamos encaminhando, o cheque abaixo relacionado referente ao pagamento de Sinistro, DIT., juntamente com os recibos de quitação, para que os mesmos sejam devidamente preenchidos e assinados pelos favorecidos e devolvidos as três primeiras vias a esta Sucursal o mais breve possível.

CHEQ. N	VALOR R\$	Favorecido
932672	500,00	Luiz Xavier

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

Atenciosamente,

  
FEDERAL DE SEGUROS S/A  
CLAUDINEI GONÇALVES DA SILVA  
GERENTE SUC - SP

São Paulo, 05 de Setembro de 2005

À  
FEDERAL DE SEGUROS S.A.

At.: Depto. De Sinistro Vida

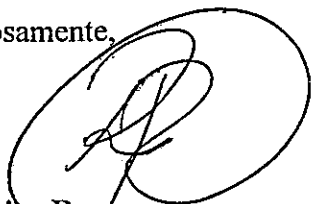
REF. SIN.: PREFEITURA DO MUNICIPIO DE CAMPINAS  
Luiz Xavier (D.I.T.)

Segue anexo documentos relacionados abaixo para análise do referido sinistro:

- Aviso de sinistro ; *não está preenchido como deveria.*
- Declaração manuscrita do segurado ; /
- Cópia do atestado médico (02 folhas) ; /
- Cópia do relatório médico ; /
- Cópia do RG e CPF ; /
- Cópia do comprovante de residência ; /

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

Atenciosamente,



Rosimeiry Ramos  
Depto.de Sinistro Vida





FEDERAL SEGUROS

# AVISO DE SINISTRO DE PESSOAS

SUCURSAL

RAMO VG

MORTE

IEA

IPA

IPD

RAMO AP

MORTE

IPA

DMH

DIT

DATA DO RECEBIMENTO DESTE AVISO NA SUCURSAL

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOME DO SEGURADO

*LUIZ XAVIER*

ENDEREÇO DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO

*RUA ALBATROZ Nº 65 BL P3 AP. 34 CAMPINAS*

TELEFONE

*(19) 3268 2278*

ESTIPULANTE / SUBESTIPULANTE

*PREF. MUN. DE CAMPINAS*

LOCAL DE DATA DO SINISTRO

*CASA DO SEGURADO*

*16/08/05*

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

*CONFORME DESCRIÇÃO ANEXO.*

### 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
___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
HOUVE INQUÉRITO POLICIAL PARTICULAR	HOUVE INTERVENÇÃO POLICIAL	ÓRGÃO POLICIAL EM QUE REGISTROU A OCORRÊNCIA (ANEXAR CÓPIA)	
<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input checked="" type="checkbox"/> 2 - NÃO	<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input checked="" type="checkbox"/> 2 - NÃO	_____	

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

ACID. PESSOAS	VIDA	INDIQUE A(S) SEGURADORA(S)
<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input checked="" type="checkbox"/> 2 - NÃO	<input type="checkbox"/> 1 - SIM <input checked="" type="checkbox"/> 2 - NÃO	

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 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
	ASSINATURA DO DECLARANTE
	CARTÓRIO P/RECONHECIMENTO DE FIRMAS

JLANTE	Nº DA APÓLICE	Nº CERTIFICADO	INÍCIO RISCO INDIVIDUAL	CAPITAIS SEGURADOS EM MILHARES DE R\$
	VG AP			VG AP
NOME COMPLETO DO SEGURADO				LICENCIADO POR INSTITUTO PREVIDÊNCIA

**CONVÊNIO SUS**

BE 122004

Atesto que o segurado Luz Xavier

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

Série \_\_\_\_\_ necessita de (10) 10 dez (por extenso) dias

de afastamento de trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

HMMG  
Hospital ou Ambulatório

Campina 17/08/05  
Localidade e data

Dr. Alexandre Shlmazaki  
CRM 91730  
Ortopedia e Acupuntura

Assinatura do Médico - CRM nº \_\_\_\_\_

52.3



**CONVÊNIO SUS**

Atesto que o segurado Luiz Xavier

portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_

Série \_\_\_\_\_ necessita de ( Vinte e um )  
( por extenso )

dias de afastamento de trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

HMMG OpA, 26/08/05  
Hospital ou Ambulatório Localidade e data

Dr. Danilo R. F. Bonin Silva  
Especialista  
CRM 112.557

Assinatura do Médico - CRM nº

HMMG Nº 104- 11/05/05 80 Blocos

Pacienteiente do CID.

S62.3

Luiz XAVIER

Dr. Danilo R. F. Bonin Silva  
Médico  
CRM 112.557

Estamos atendendo o Sr(a) Luiz Xavier

desde 17/08/05

com o quadro clínico e diagnóstico de

Fract. 5º metacarpo

CID- S62.3

**Exames realizados:**

- Radiografias       Eletromiografias       Tomografias       Ultrasonografias  
 Ressonância Magnética       Exames em anexo       outros

**Evolução:**

- Piorando clinicamente       Estacionado       Melhora Parcial       Melhora total

**Conduta:**

- Curativo       Gesso       Internação       Fisioterapia  
 Aguarda cirurgia       Retorno ambulatorial       Encaminhamento p/ \_\_\_\_\_  
 Alta       Afastamento do trabalho por 30 dias

**Prognóstico:**

- Recuperação total       Recuperação parcial
- sem sequelas  
 sequela temporária  
 sequela definitiva

Obs:

Paciente com fratura de 5º MTC (D), imobilizada com aparelho gessado com prescrição de H&A em 30 dias a partir da data do trauma.

Data 26/08/05

Dr. Daniel R. F. Brito Silva  
Médico  
CRM 112 547

assinatura e carimbo do médico

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

**CÉDULA DE IDENTIDADE**  
NACIONALIDADE BRASILEIRA

**LUIZ XAVIER**  
NOME

**Lino Xavier**  
NOME

**Amélia Laudelina Xavier**  
NOME

**Ubirajara-SP**      **25. Out. 1951**  
NATURALIDADE      DATA DO NASCIMENTO

*Lino Xavier*  
ASSINATURA DO PORTADOR

**Campinas-PI**  
CIDADE DO NASCIMENTO

(INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL)

(INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL - ORIGINAL)

DELEGADO DE POLÍCIA - DISTRITO DE CAMPINAS - SP  
FRANCISCO OLIVEIRA DE MENEZES

**LUIZ XAVIER**  
NOME

**0688594**  
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

**28. Mar. 1951**  
DATA DO NASCIMENTO

**064.267.990**  
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

(INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL)

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

**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE**

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO  
CADASTRO DE CONTRIBUÍNTES

**VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL**

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

**NASCIMENTO**  
**25.10.51**

**INSCRIÇÃO NO CPF**  
**4775.683.038-53**

**CONTRIBUINTE**  
**LUIZ XAVIER**

*Lino Xavier*  
SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

Telecomunicações de São Paulo S.A. - TELESP  
 Rua Martiniano de Carvalho, 851 - Bela Vista  
 São Paulo - SP - CEP: 01321-001  
 Inscrição Estadual 108.383.949/112 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62  
 http://www.telefonica.com.br

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS  
 DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



2.260.928  
 Devolução Cx Postal 61015SP  
 05001-970  
 03211331613

Local 11135  
 Uso RESIDENCIA  
 Telefone 3268-2278 0  
 DV 6 NRC 03211331613  
 Total da Fatura 47,55  
 Vencimento 06/11/2004  
 Mês 10/2004



CTCE CAMPINAS CID/SPI PL 2  
 LUIZ XAVIER  
 R ALBATROZ  
 13061-371 VL PE MANOEL NOBREGA CAMPINAS



7280000738050520000083392020291004

Central de Atendimento a Clientes:  
 103

Vencimento  
 06/11/2004

SERVIÇOS	VALOR (R\$)
Serviço Medido 116 Pulsos	2,13
Assinatura Mensal	34,50
Chamadas Locais a Cobrar	0,07
Chamadas Locais Celular/Móvel Especializado/Pessoal	2,20
Chamadas de Longa Distância Nacional Telefônica - 15	8,65
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>47,55</b>

8 jeitos de  
 mudar o mundo.  
 Semana nacional  
 pela Cidadania  
 e Solidariedade.  
 A Telefônica  
 apóia essa  
 iniciativa.

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Atenção: O pagamento após o vencimento implica na cobrança de multa de 2% e juros de 1% ao mês, incluídos em conta futura. Conforme regulamentação vigente, serão bloqueadas as chamadas originadas de telefones com contas não pagas após 30 dias do vencimento. Os débitos de contas não pagas, poderão ser contestados em até 5 dias úteis após a notificação da empresa.

Os códigos de seleção das prestadoras de Longa Distância são: 15-Telefônica 23-Intelig 89-Vésper 21-Embratel 31-Telemar



Pode Confiar  
 O sistema de cobrança das ligações foi certificado e aprovado pela ABNT que é credenciada pelo Inmetro.

Disque  
**15**

Agora ficou muito mais fácil programar os serviços digitais da Telefônica: Chamada a Três, Transferência de Chamadas, Atendimento Simultâneo e Secretária Digital. É SÓ DISCAR \* 15 + DDD (SEM ZERO)!



Eu, Luiz Xavier descrevo o acidente ocorrido no dia 16-08-2005

Às 17h. quando a porta bateu na mão direita, pensando que fosse uma lesão leve fui tra balhar normalmente no outro dia. 17-08

Quando por volta de 15,30h. senti fortes dores e inchaço na mão e fui tirar o R.X. Então o médico constatou a fratura e imobilizou por 10 dias.

Retornei ao médico no dia 26/08 estenderam a imobilização por mais 21 dias conforme o relatório anexo.

Campinas, 31 de Agosto de 2005

Luiz Xavier

Current Folder: INBOX

[Escrever](#) [Endereços](#) [Pastas](#) [Opções](#) [Pesquisar](#) [Ajuda](#) [Calendário](#) [Filtros](#)

[Desconectar](#)  
[SquirrelMail](#)

[Lista de Mensagens](#) | [Apagar](#)

[Anterior](#) | [Próxima](#)

[Encaminhar](#) | [Responder](#) | [Responder a todos](#)

Assunto: REF SINISTRO DE ACIDENTES PESSOAIS

De: "Rosimeiry Ramos" <rosi.ramos@vertconseguros.com.br>

Data: Fri, Agosto 19, 2005 12:23 pm

Para: <jose.oliveira@campinas.sp.gov.br>

Prioridade: Alta

[View Full Header](#)  
[Ver Versão para Impressão](#)

São Paulo, 19 de Agosto de 2.005

Conforme solicitação segue abaixo relação de documentos necessários para abertura de processo de sinistro.

Diária de Incapacidade Temporária (DIT) e indenização por incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal :

- 01) Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo segurado e médico assistente (informar endereço para envio);
- 02) RG e CPF, comprovante de residência do segurado;
- 03) Declaração do segurado descrevendo o acidente;
- 04) Relatório Médico, contendo: data de evento, diagnóstico, tratamento efetuado, e tempo previsto de afastamento;
- 05) Exames Complementares realizados;
- 06) Tratando de acidente de trabalho, juntar cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);
- 07) Tratando -se de acidente de transito ou qualquer outro acidente c/ intervenção de autoridade policial, juntar cópia do Boletim de Ocorrência;
- 08) Ficha ou prontuário médico hospitalar de atendimento de urgência, se for o caso.

Obs: Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora poderá exigir atestado médico ou documentos emitidos pela Previdência Social.

Caso haja dúvidas favor entrar em contato Tel: (11) 3219 10 08 com Rosi

Atenciosamente,

Rosimeiry Ramos  
Gerente Sinistros Vida  
Vertcon Seguros Ltda

[Fazer o download disto como arquivo](#)

[Anterior](#) | [Próxima](#) | [Delete & Prev](#) | [Delete & Next](#)

Mova para: