



FEDERAL SEGUROS

CNPJ: 33.928.219/0001-04

Rio de Janeiro, 18 de novembro de 2004.

Gesin - 1077/04

Sutor

Ao
Sr. Odair Arevaldo Cesaretti
São Paulo - SP

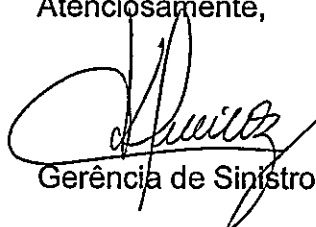
ARSMI

Ref.: Sin.: 0135.81.03.00000107

Prezado Senhor,

Estamos indeferindo o pedido de indenização, uma vez que o seguro contratado não prevê a cobertura de Diária por Encapacidade Temporária - DIT.

Atenciosamente,


Gerência de Sinistros

CARTÃO DEVOLVIDO.

JDS

TEL 4991 84 61
CEL. 98 09 00 70



FEDERAL SEGUROS

CNPJ: 33.928.219/0001-04

São Paulo, 27 de setembro de 2004
Of. 1316/04

À
VERTCON SEGUROS LTDA.

At. Sr. Brandão

**REF.: SIN. ODAIR AREVALO CESARETTI
ASSOCIAÇÃO RECREATIVA ESP. DOS SERVIDORES DE SÃO CAETANO**

Para que possamos dar prosseguimento no sinistro acima citado, solicitamos providenciar os seguintes documentos:

- Aviso de Sinistro
- CAT (se houver)
- Documento que comprove o acidente e que conste a data do mesmo

Obs.: informamos que poderão ser solicitados outros documentos complementares.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Federal de Seguros S.A.
Sucursal SP



VLXAVIER.SP@
FEDERALSEGUROS.
COM.BR.

São Paulo, 06 d Dezembro de 2004.

À
FEDERAL DE SEGUROS S A
At. Sr. Jose Maria
C/c.Sr. Jose Alvarenga

AP 81.64

Tratado 13.002
1. Out, 03

REF. ASSOCIAÇÃO REC.ESP.DOS SERVIDORES MUN.DE SÃO CAETANO DO SUL

Em anexo cartão proposta do Segurado relacionado abaixo, para que seja feita a inclusão na apólice acima, a partir de 01/07/04.

Nº	NOME	VALOR
01	ODAIR AREVALDO CESARETTI	R\$ 19,87

Sendo só para o momento, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Gislaine Zamboni
Assessora de MKT

VERTCON SEGUROS
Gislaine Zamboni Ramos



São Paulo, 06 d Dezembro de 2004.

À
FEDERAL DE SEGUROS S A
At. Sr. Jose Maria
C/c.Sr. Jose Alvarenga

REF. ASSOCIAÇÃO REC.ESP.DOS SERVIDORES MUN.DE SÃO CAETANO DO SUL

Em anexo cartão proposta do Segurado relacionado abaixo, para que seja feita a inclusão na apólice acima, a partir de 01/07/04.

Nº	NOME	VALOR
01	ODAIR AREVALDO CESARETTI	R\$ 19,87

Sendo só para o momento, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

VERTCON SEGUROS
Gislaine Zamboni Ramos

Sa: fl e Federal

São Paulo, 21 de junho de 2004

À
VERTCON SEGUROS LTDA.

At. Sr. Brandão


**REF.: DEVOLUÇÃO DE CARTÕES - ASSOCIAÇÃO REC. ESP. DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE SÃO CAETANO DO SUL**

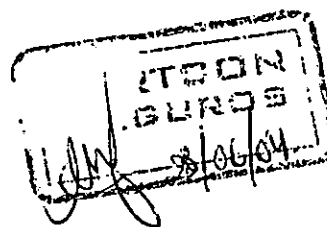
Em anexo, cartões proposta dos Proponentes abaixo relacionados, que estamos devolvendo para que sejam regularizadas as pendências.

Carlos Donizetti Cezario	<ul style="list-style-type: none">• Preencher novo cartão proposta corrigindo os capitais da cônjuge, devido cônjuge participar somente com 50% da cobertura básica• Preencher a DPS da cônjuge
<u>Odair Arevaldo Cesaretti</u>	<ul style="list-style-type: none">• Preencher novo cartão proposta corrigindo os capitais da cônjuge, devido cônjuge participar somente com 50% da cobertura básica• Não há cobertura de Federal Protege na apólice• DPS da cônjuge está incompleta

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Federal de Seguros S.A.
Sucursal SP



**VERTCON
SEGUROS®**

São Paulo, 09 de junho de 2004

À
FEDERAL DE SEGUROS S.A.

At.: Sr. José Maria

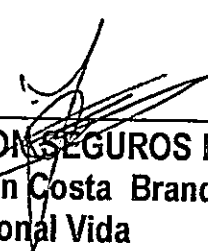
REF.: ASSOC. REC. ESP. DOS SERVIDORES MUN. DE SÃO CAETANO DO SUL

Segue anexo cartões proposta dos Segurados relacionados abaixo, para que sejam feitas as inclusões na apólice acima a partir de 01/07/04.

Nº	Nome	Valor
01	Carlos Donizetti Cezário	R\$ 15,00
02	Jaqueline Marcilia Bravi Ribeiro	R\$ 15,00
03	Odair Arevaldo Cesaretti	R\$ 19,87
	Valor Total	R\$ 49,87

Sendo só para o momento, desde já agradecemos.

Atenciosamente,



VERTCON SEGUROS LTDA.
Jefferson Costa Brandão
Operacional Vida

PROTOCOLO



SÃO PAULO

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

 FEDERAL DE SEGUROS S.A. CNPJ 33.928.219/0001-04	PROPOSTA DE SEGURO VIDA EM GRUPO MERCADO	Nº DA APOLICE: 021039
	DOCUMENTO DE ENTRADA:	

SUC: ESTIPULANTE:	PREENCHER COM LETRA DE FORMA: <input checked="" type="checkbox"/> SEGURO NOVO <input type="checkbox"/> AUMENTO CAPITAL	CÓDIGO:	ÓRGÃO AVERBADOR:	CÓDIGO:
-------------------	--	---------	------------------	---------

DADOS DO PROPONENTE						
NOME: CARLOS DONIZETTI CEZARIO	DATA NASCIMENTO: 07/07/1951	IDADE: 38	NATUR.: S.P.	NAC.: BRAS.	E. CIVIL: CAS.	SEXO: M.
CPF: 024.698.778-19	RG: 18.690.718-7	O. EMISSÃO: SSP/5A	DATA DE EMISSÃO: 30/09/88	ESCOLARIDADE: 2º GRAU	ATIVIDADE PROFISSIONAL: AV. ADM.	

ENDERECO PARA CORRESPONDENCIA <input checked="" type="checkbox"/> RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL		
RUA / AV.: RUA SANTA CRUZ	Nº: 105	COMPLEMENTO: APTO. 02
BAIRRO: PAULICEIA	CIDADE: SÃO BERNARDO CAMPO	ESTADO: SP
CEP: 09683-050	TELEFONE: 6831.2714	

DADOS ENDERECO COMERCIAL					
RUA / AV.:	Nº:	COMPLEMENTO:	ESTADO:	CEP:	TELEFONE:

DADOS COMPLEMENTARES DO PROPONENTE						
MATRICULA DO SERVIDOR - DV:	MATRICULA DO INSTITUIDOR:	CATEGORIA:	POSTO:	SUBPOSTO:	UNIDADE:	RENDA MENSAL:

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO EM CASO DE INCLUSÃO FACULTATIVA DO CONJUGE - SEGURO REVERSIVEL					
NOME: CINTIA CILENE T. CEZARIO	CPF:	DATA NASCIMENTO: 06/08/1933	IDADE: 30	E. CIVIL: CAS.	SEXO: F.

OPÇÃO DE PLANO <input checked="" type="checkbox"/> PLANO SINGULAR <input type="checkbox"/> FEDERAL VIDA TOTAL Processo Susep nº 15.414.000.815/2003-55 <input type="checkbox"/> FEDERAL MULHER Processo Susep nº 15.414.000.813/2003-66 <input type="checkbox"/> FEDERAL MASTER ESPECIAL Processo Susep nº 15.414.000.812/2003-11 <input type="checkbox"/> FEDERAL MASTER Processo Susep nº 10-005421/99-30 <input type="checkbox"/> FEDERAL ACIDENTES PESSOAIS Processo Susep nº 10-00104/2003 <input type="checkbox"/> FEDERAL RENDA P/ INCAPAC. TEMP. Processo Susep nº 15.414.000.814/2003-19 <input type="checkbox"/> COBERTURA DE INCÊNDIO Processo Susep nº 10-05370/99-09	GARANTIAS MORTE NATURAL MORTE ACIDENTAL INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA COBERTURA POR CÂNCER FEMININO D. M. H. DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES D. I. T. DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR INCÊNDIO RESIDENCIAL E CONTEÚDO	CAPITAL DO PRINCIPAL 10.000,00 20.000,00 10.000,00 10.000,00 300,00 1.000,00	CAPITAL DO CONJUGE 5.000,00 10.000,00 5.000,00
---	---	---	--

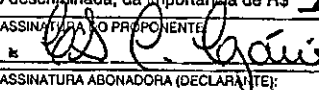
O CAPITAL SEGURADO PARA MORTE ACIDENTAL JÁ INCLUI EM SEU VALOR O CAPITAL PARA MORTE NATURAL

SERVIÇOS / GARANTIAS OPCIONAIS <input type="checkbox"/> FEDERAL PROTEGE <input type="checkbox"/> FEDERAL ASSISTÊNCIA AO LAR <input type="checkbox"/> FEDERAL CERIMONIAL FAMILIAR <input type="checkbox"/> FEDERAL CERIMONIAL INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL AUXÍLIO CESTA BÁSICA R\$ 1.320,00 <input type="checkbox"/> FEDERAL AUXÍLIO FINANCEIRO R\$ 3.000,00 TOTAL DOS SERVIÇOS	CUSTO POR SERVIÇO ADICIONAL R\$ _____ R\$ _____ R\$ _____ R\$ _____ R\$ _____ R\$ _____ R\$ _____	PRÊMIO MENSAL PRÊMIO DO PRINCIPAL R\$ _____ PRÊMIO DO CONJUGE R\$ _____ D. M. H. DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES R\$ _____ D. I. T. DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA R\$ _____ PRÊMIO RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA R\$ _____ PRÊMIO RENDA P/ INT. HOSPITALAR R\$ _____ PRÊMIO PELA COBERTURA DE INCÊNDIO R\$ _____ SOMA DOS PRÊMIOS R\$ 15,00
---	---	---

PRÊMIO LÍQUIDO:	IOF:	PRÊMIO MENSAL TOTAL: 15,00	DATA DA VIGÊNCIA: 1/1
-----------------	------	-----------------------------------	------------------------------

BENEFICIÁRIOS DO SEGURO		
NOME	PARENTESCO	% PART.
1) CINTIA CILENE TAVARES CEZARIO	ESPOSA	100%
2)		
3)		
4)		

EM CASO DE OPTAR POR TESTES (SERVIÇOS / BENEFICIÁRIO DAS GARANTIAS ADICIONAIS / CESTA BÁSICA / AUX. FINANCEIRO) - VIDE PLANO	PARENTESCO:
--	-------------

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE / AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO	
Eu, acima qualificado, declaro que li, tomei ciência e estou de acordo com todas as informações prestadas neste formulário e autorizo o desconto na minha folha de pagamento ou débito em minha conta corrente abaixo discriminada, da importância de R\$ 15,00 (QUINZE REAIS)	
DATA DA ADESÃO: 25/05/04	ASSINATURA DO PROPONENTE: 
ASSINATURA ABONADORA (DECLARANTE):	
<input type="checkbox"/> INCAPACITADO POR DOENÇA <input type="checkbox"/> MENOR DE 18 ANOS <input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO	

FORMA DE PAGAMENTO DO SEGURO <input checked="" type="checkbox"/> DESCONTO EM FOLHA <input type="checkbox"/> CARNÊ MENSAL <input type="checkbox"/> DÉBITO EM CONTA	Cód. do Banco: _____ Agência: _____	DADOS BANCÁRIOS Nº da Conta: _____ Data: _____
---	-------------------------------------	--



**DEPARTAMENTO DE ÁGUA E ESGOTO DE
SÃO CAETANO DO SUL
DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO E SALÁRIO**

Matrícula	Nome do Funcionário	Admissão
20795	CARLOS DONIZETE CEZARIO	22/10/1984
Local	Descrição Local	
040600	SECAO ALMOXARIFADO	
Lotação	Descrição da Lotação	Competência
04010500	SE AO DE ALMOXARIFADO	04/2004
Sigla Cargo	Cargo / Função	Sequência
	AUX. ADMINISTRACAO	00067

Código	Descrição	Refer.	Vencimentos	Descontos
1	SALARIO BASE	30,00	480,00	
4	H.EXT.50%	58,13	566,77	
5	H.EXT.100%	9,20	119,60	
9	GRATIF.ESPECIAL		336,38	
10	SALARIO ESPOSA	1,07	1,07	
14	DIF.SALARIO		33,62	
24	ADIC.NOTURNO	,38	,62	
29	GRAT.LEI 3.554		126,75	
33	GRAT. FUNCIONAL		179,59	
35	ADIC.T.SERVICO	32,82	157,56	
38	R E T	75,00	612,86	
51	A.J.C. V.TRASP.		91,85	
53	A.J.C. C.BASICA		110,33	
77	AB.ESP.L4217/04		100,00	
163	ARESM (SCS)	,50		2,40
166	S.S.P.A. - SCS			7,15
169	ARESM/FARMACIA			543,22
178	INSS	11,00		264,00
181	IRRF	2,00		66,23
182	PENSAO JUDICIAL	30,00		776,03

Banco	Data de Crédito	Total Vencimentos	Total Descontos
BCO BANESPA	29/04/2004	2917,00	1659,03
Agência	Conta Corrente	Valor Líquido	
00109	03-53114-7		1257,97
Salário Referência	Base INSS	Base IRRF	Base FGTS
480,00	2713,75	1711,54	2713,75
			Valor FGTS
			217,10

Observação

19831 - Material Informático - Conto 111-999


MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretário da Receita Federal

CPF


Instituto de Pessoas Físicas
 Rua do Comércio, 100
 074.698.778-19
 São Paulo, SP


CARLOS DONIZETI CEZARIO
 CPF nº 070719665



Cartão de uso pessoal e intransferível.
 Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
FEV/2002



ASSINATURA DO TITULAR


INSTITUTO DE PESSOAS FÍSICAS
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 EST. ADO. DE SÃO PAULO
 101-6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA DO DIRETOR
 CARLOS DONIZETI CEZARIO
 CPF nº 070719665

DATA DE EMISSÃO: 20/02/02
 DATA DE NASCIMENTO: 04/01/1965

INSTITUTO DE PESSOAS FÍSICAS
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 EST. ADO. DE SÃO PAULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



FEDERAL DE SEGUROS S.A.

CNPJ 33.928.219/0001-04

PROPOSTA DE SEGURO
VIDA EM GRUPO
MERCADO

Nº DA APOLICE:

Nº 021041

DOCUMENTO DE ENTRADA:

SUC: ESTIPULANTE: PREENCHER COM LETRA DE FORMA SEGURO NOVO AUMENTO CAPITAL
 CODIGO: ORGAO AVERBADOR: CODIGO:

DADOS DO PROPONENTE
 NOME: JAQUELINE MARCILIA BRAVI RIBEIRO DATA NASCIMENTO: 22/02/64 IDADE: 40 AN NATUR: S.C.S BRAS E CIVIL: VIUVA SEXO: F
 CPF: 048.706.168-31 RG: 9.198.563-8 O. EMISSOR: SSP/SP DATA DE EMISSAO: 21/11/96 ESCOLARIDADE: 40 AN ATIVIDADE PROFISSIONAL: AUX. PRIM. INF

ENDERECO PARA CORRESPONDENCIA RESIDENCIAL COMERCIAL
 RUA/AV: RUA GENERAL ESTILAE LEAL Nº: 93 COMPLEMENTO:
 BAIRRO: MAUA CIDADE: S. CAETANO SUL ESTADO: SP CEP: 09580-430 TELEFONE: 4232-4824

DADOS ENDERECO COMERCIAL
 RUA/AV: Nº: COMPLEMENTO:
 BAIRRO: CIDADE: ESTADO: CEP: TELEFONE:

DADOS COMPLEMENTARES DO PROPONENTE
 MATRICULA DO SERVIDOR - DV: MATRICULA DO INSTITUIDOR: CATEGORIA: POSTO: SUBPOSTO: UNIDADE: RENDA MENSAL:

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO EM CASO DE INCLUSAO FACULTATIVA DO CONJUGE - SEGURO REVERSIVEL
 NOME: CPF: DATA NASCIMENTO: IDADE: E CIVIL: SEXO:

OPCAO DE PLANO	GARANTIAS	CAPITAL DO PRINCIPAL	CAPITAL DO CONJUGE
<input checked="" type="checkbox"/> PLANO SINGULAR	MORTE NATURAL	10.000,00	
<input type="checkbox"/> FEDERAL VIDA TOTAL Processo Susep nº 15.414.000.815/2003-55	MORTE ACIDENTAL	20.000,00	
<input type="checkbox"/> FEDERAL MULHER Processo Susep nº 15.414.000.813/2003-66	INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	10.000,00	
<input type="checkbox"/> FEDERAL MASTER ESPECIAL Processo Susep nº 15.414.000.812/2003-11	INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA	10.000,00	
<input type="checkbox"/> FEDERAL MASTER Processo Susep nº 10-005421/99-30	COBERTURA POR CÂNCER FEMININO		
<input type="checkbox"/> FEDERAL ACIDENTES PESSOAIS Processo Susep nº 10-00104/2003	D. M. H. DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES	300,00	
<input type="checkbox"/> FEDERAL RENDA P/ INCAPAC. TEMP. Processo Susep nº 15.414.000.814/2003-19	D. I. T. DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	1.000,00	
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE INCÊNDIO Processo Susep nº 10-05370/99-09	RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA		
<input type="checkbox"/>	RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
<input type="checkbox"/>	INCÊNDIO RESIDENCIAL E CONTEÚDO		

O CAPITAL SEGURADO PARA MORTE ACIDENTAL JÁ INCLUI EM SEU VALOR O CAPITAL PARA MORTE NATURAL

SERVIÇOS/GARANTIAS OPCIONAIS	CUSTO POR SERVIÇO ADICIONAL	PRÊMIO MENSAL
<input type="checkbox"/> FEDERAL PROTEGE	RS	PRÊMIO DO PRINCIPAL RS
<input type="checkbox"/> FEDERAL ASSISTÊNCIA AO LAR	RS	PRÊMIO DO CONJUGE RS
<input type="checkbox"/> FEDERAL CERIMONIAL FAMILIAR	RS	D. M. H. DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES RS
<input type="checkbox"/> FEDERAL CERIMONIAL INDIVIDUAL	RS	D. I. T. DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA RS
<input type="checkbox"/> FEDERAL AUXÍLIO CESTA BÁSICA R\$ 1.320,00	RS	PRÊMIO RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA RS
<input type="checkbox"/> FEDERAL AUXÍLIO FINANCEIRO R\$ 3.000,00	RS	PRÊMIO RENDA P/ INT. HOSPITALAR RS
TOTAL DOS SERVIÇOS	RS	PRÊMIO PELA COBERTURA DE INCÊNDIO RS
		SOMA DOS PRÊMIOS RS 15,00

PRÊMIO MENSAL TOTAL
 PRÊMIO LÍQUIDO: IOF: PRÊMIO MENSAL TOTAL: 15,00 DATA DA VIGÊNCIA: 1/1

BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

NOME	PARENTESCO	% PART.
1) BRUNA BRAVI RIBEIRO	FILHA	50
2) ALEXANDRE BRAVI RIBEIRO	FILHO	50
3)		
4)		

EM CASO DE OPTAR POR ESTES SERVIÇOS/GARANTIAS ADICIONAIS (CESTA BÁSICA/AUX. FINANCEIRO) E VIDE PLANO
 NOME: PARENTESCO:

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE / AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
 Eu, acima qualificado, declaro que li, tomei ciência e estou de acordo com todas as informações prestadas neste formulário e autorizo o desconto na minha folha de pagamento ou débito em minha conta corrente abaixo discriminada, da importância de R\$ 15,00 (QUINZE REAIS - R\$ 15,00)
 DATA DA ADESAO: 01/06/04 ASSINATURA DO PROPONENTE: J. Bravi Ribeiro
 ASSINATURA ABONADORA (DECLARANTE):
 INCAPACITADO POR DOENÇA
 MENOR DE 18 ANOS
 NÃO ALFABETIZADO

FORMA DE PAGAMENTO DO SEGURO: DESCONTO EM FOLHA CARNÊ MENSAL DÉBITO EM CONTA
 DADOS BANCÁRIOS: COD. DO BANCO: AGÊNCIA: Nº DA CONTA: DATA:

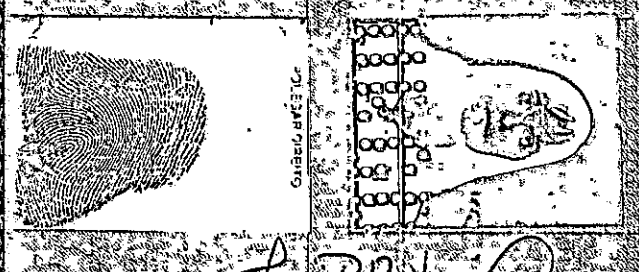
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

101-6



ASSINATURA DO TITULAR

J. Brabeiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.198.563-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/NOV/96

NOME JAQUELINE MARCILIA BRAVI RIBEIRO

FILIAÇÃO LUIS BRAVI

E. MARTA LUTZA BRAVI

NATURALIDADE SÃO CAETANO DO SUL - SP DATA DE NASCIMENTO 22/FEV/1964

DOC. ORIGEM SÃO CAETANO DO SUL SP

CC: LV: F.L.L. / EY: S. 114 / N. 012881

CPF 04870616731

JORGE MIGUEL ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO

Matrícula 28391	Mês/Ano MAIO/2004	Folha nº 1
Empresa PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO CAETANO DO SUL		
CGC 59307595000175		
Nome do Funcionário JAQUELINE MARCILIA BRAVI RIBEIRO		
Verba 09-03-03	Salário Base 212,33	
Sal. Contr. INSS 301,17	Base Cál. F.G.T.S. 301,17	
F.G.T.S. do Mês 24,09	Base Cál. IRRF 278,13	Faixa IRRF 0,00

Código	Quantidade	Descrição	Venc./Prov.	Descontos
001	180,00	VENCIMENTO PADRAO	212,33	
050	7,55	I.N.S.S.		23,04
337	0,00	GRAT. LEI 4.217/04 - A 5	88,84	
339	30,00	CESTA BASICA	110,33	
340	30,00	VALE TRANSPORTE	91,85	
889	100,00	ABONO ESP. LEI 4217/04	100,00	
TOTAIS			603,35	23,04
Banco 33	Agência 109	Conta Corrente 109010213175	LÍQUIDOS:	580,31

10 lacos
 p/ 30/06/04
 [Assinatura]

SUC: ESTIPULANTE: PREENCHER COM LETRA DE FORMA SEGURO NOVO AUMENTO CAPITAL

CODIGO: ORGAO AVERBADOR: CODIGO:

DADOS DO PROPONENTE

NOME: ODAIR AREVALDO CESARETTI DATA NASCIMENTO: 11/07/50 IDADE: 53 NATUR: SP. BRAS E. CIVIL: CAS. SEXO: M.

CPF: 421.273868-68 RG: 8.577.713-4 O. EMISSOR: SSA/SP DATA DE EMISSAO: 06/10/99 ESCOLARIDADE: 1º GRAU. ATIVIDADE PROFISSIONAL: MOTORISTA.

ENDERECO PARA CORRESPONDENCIA RESIDENCIAL COMERCIAL

RUA/AV: RUA MARINA Nº: 1142 COMPLEMENTO: Bloco e. A.P. 42

BAIRRO: CAMPESTE CIDADE: SANTO ANTONIO ESTADO: SP CEP: 09070-510 TELEFONE: 4991.8461.

DADOS ENDERECO COMERCIAL

RUA/AV: Nº: COMPLEMENTO:

BAIRRO: CIDADE: ESTADO: CEP: TELEFONE:

DADOS COMPLEMENTARES DO PROPONENTE

MATRICULA DO SERVIDOR - DV: MATRICULA DO INSTITUIDOR: CATEGORIA: POSTO: SUBPOSTO: UNIDADE: RENDA MENSAL:

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO EM CASO DE INCLUSAO FACULTATIVA DO CONJUGE SEGURO REVERSIVEL

NOME: MARIA JOSE CESARETTI CPF: DATA NASCIMENTO: 18/03/46 IDADE: 58. CAS F.

OPCAO DE PLANO	GARANTIAS	CAPITAL DO PRINCIPAL	CAPITAL DO CONJUGE
<input checked="" type="checkbox"/> PLANO SINGULAR	MORTE NATURAL	15.000,00	7.500,00
<input type="checkbox"/> FEDERAL VIDA TOTAL Processo Susep nº 15.414.000.815/2003-55	MORTE ACIDENTAL	30.000,00	15.000,00
<input type="checkbox"/> FEDERAL MULHER Processo Susep nº 15.414.000.813/2003-66	INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	15.000,00	7.500,00
<input type="checkbox"/> FEDERAL MASTER ESPECIAL Processo Susep nº 15.414.000.812/2003-11	INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA	15.000,00	
<input type="checkbox"/> FEDERAL MASTER Processo Susep nº 10-005421/99-30	COBERTURA POR CÂNCER FEMININO		
<input type="checkbox"/> FEDERAL ACIDENTES PESSOAIS Processo Susep nº 10-00104/2003	D. M. H. DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES	300,00	
<input type="checkbox"/> FEDERAL RENDA P/ INCAPAC. TEMP. Processo Susep nº 15.414.000.814/2003-19	D. I. T. DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	1.000,00	
<input type="checkbox"/> COBERTURA DE INCÊNDIO Processo Susep nº 10-05370/99-09	RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA		
<input type="checkbox"/>	RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
<input type="checkbox"/>	INCÊNDIO RESIDENCIAL E CONTEÚDO		

O CAPITAL SEGURADO PARA MORTE ACIDENTAL JÁ INCLUI EM SEU VALOR O CAPITAL PARA MORTE NATURAL

SERVICOS / GARANTIAS OPCIONAIS	CUSTO POR SERVIÇO ADICIONAL	PRÊMIO MENSAL
<input checked="" type="checkbox"/> FEDERAL PROTEGE	R\$	PRÊMIO DO PRINCIPAL R\$
<input type="checkbox"/> FEDERAL ASSISTÊNCIA AO LAR	R\$	PRÊMIO DO CONJUGE R\$
<input type="checkbox"/> FEDERAL CERIMONIAL FAMILIAR	R\$	D. M. H. DESPESAS MÉDICO HOSPITALARES R\$
<input type="checkbox"/> FEDERAL CERIMONIAL INDIVIDUAL	R\$	D. I. T. DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA R\$
<input type="checkbox"/> FEDERAL AUXÍLIO CESTA BÁSICA R\$ 1.320,00	R\$	PRÊMIO RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA R\$
<input type="checkbox"/> FEDERAL AUXÍLIO FINANCEIRO R\$ 3.000,00	R\$	PRÊMIO RENDA P/ INT. HOSPITALAR R\$
TOTAL DOS SERVIÇOS	R\$	PRÊMIO PELA COBERTURA DE INCÊNDIO R\$
		SOMA DOS PRÊMIOS R\$ 19,87

PRÊMIO LÍQUIDO: PRÊMIO MENSAL TOTAL: 19,87 DATA DA VIGÊNCIA: 1/1

BENEFICIARIOS DO SEGURO

NOME	PARENTESCO	% PART.
1) MARIA JOSE CESARETTI	ESPOSA	100%
2)		
3)		
4)		

EM CASO DE OPTAR POR ESTES SERVIÇOS / BENEFICIÁRIO DAS GARANTIAS ADICIONAIS (CESTA BÁSICA / AUX. FINANCEIRO) E VIDE PLANO

NOME: PARENTESCO:

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE / AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Eu, acima qualificado, declaro que li, tomei ciência e estou de acordo com todas as informações prestadas neste formulário e autorizo o desconto na minha folha de pagamento ou débito em minha conta corrente abaixo discriminada, da importância de R\$ 19,87 (DEZENOVE REAIS E OITENTA E SETE CENTS)

DATA DA ADESÃO: 27/05/04 ASSINATURA DO PROPONENTE: ODAIR AREVALDO CESARETTI ASSINATURA ABONADORA (DECLARANTE):

INCAPACITADO POR DOENÇA
 MENOR DE 18 ANOS
 NÃO ALFABETIZADO

FORMA DE PAGAMENTO DO SEGURO DESCONTO EM FOI HA CARNÊ MENSAL DÉBITO EM CONTA

DADOS BANCÁRIOS: COD. DO BANCO: AGENCIA: Nº DA CONTA: DATA:

São Paulo, 21 de junho de 2004

À
VERTCON SEGUROS LTDA.

At. Sr. Brandão


**REF.: DEVOLUÇÃO DE CARTÕES - ASSOCIAÇÃO REC. ESP. DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE SÃO CAETANO DO SUL**

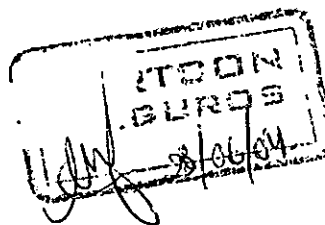
Em anexo, cartões proposta dos Proponentes abaixo relacionados, que estamos devolvendo para que sejam regularizadas as pendências.

Carlos Donizetti Cezario	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher novo cartão proposta corrigindo os capitais da cônjuge, devido cônjuge participar somente com 50% da cobertura básica • Preencher a DPS da cônjuge
Odair Arevaldo Cesaretti	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher novo cartão proposta corrigindo os capitais da cônjuge, devido cônjuge participar somente com 50% da cobertura básica • Não há cobertura de Federal Protege na apólice • DPS da cônjuge está incompleta

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Federal de Seguros S.A.
Sucursal SP



**VERTCON
SEGUROS**

São Paulo, 20 de Setembro de 2004

19,87

15.000,00

FEDERAL SEGUROS S.A.

1.000,00 DIT

DEPTO. DE SINISTRO VIDA.

33,33.

45 3105

REF.SIN.:ARESMLASSOC.RECRE.ESP.DOS SERV.DE SÃO CAETANO
ODAIR AREVALO CESARETTI (D.L.T)

Segue anexo, documentos referente ao sinistro.

- Demonstrativo de Pagamento ;
- RG e CPF (Xerox);
- Receituário Médico;
- Filmes (02);

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

Atenciosamente,

Rosimeiry Ramos
Ger. Operacional

FEDERAL DE SEGUROS S/A.
Recebido em: 21.09.04
José Maria Alves de Almeida

SÃO PAULO

R. Cons. Crispiniano, 139 - Sala 101 - 10º Andar - Centro - Cep: 01037-001 - Central Telefônica / TeleFax: (11) 3219 1008
e-mail: vertcon@uol.com.br

