

VERTCON
SEGUROS®

RECIBO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DE VIDA

SÃO PAULO, 19 DE JANEIRO DE 2.004

FAVORECIDO: PETRONILHA DE OLIVEIRA DE MORAES

CPF.: 083.286.678-43

INDENIZAÇÃO: D.I.T. (DIÁRIA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA)

REF.: 60 DIÁRIAS

VALOR: R\$ 1.000,00 (UM MIL REAIS)

RECEBI DA VERTCON ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA. A IMPORTÂNCIA MENCIONADA ACIMA ATRAVÉS DO CHEQUE Nº 472831 BANCO BANESPA, A TÍTULO DE INDENIZAÇÃO ÚNICA TOTAL E DEFINITIVA, EM RAZÃO DO SINISTRO OCORRIDO. COM O PRESENTE RECEBIMENTO DAMOS A VERTCON ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA. A PLENA, GERAL E IRREVOGÁVEL QUITAÇÃO. PARÃ NADA MAIS RECLAMAR SOB TODOS E QUAISQUER PRETEXTOS, A QUALQUER TEMPO, EM JUÍZO OU FORA DELE.

LOCAL E DATA: 26/01/04 (SISMT)

ASSINATURA: Petronilha de Moraes

PROTOCOLO

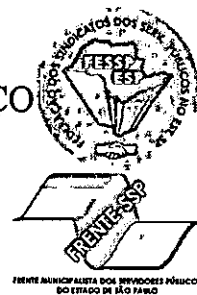
SÃO PAULO

Rua Tabatinguera, 83 - 1º Andar - Centro - Cep: 01020-001 - Central Telefônica / TeleFax: (11) 3242 2422

e-mail: vertcon@uol.com.br



SISMI - SINDICATO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO
PÚBLICO MUNICIPAL DE ITU
FILIADO À FESSP - ESP



Itu, 27 de Outubro de 2003.

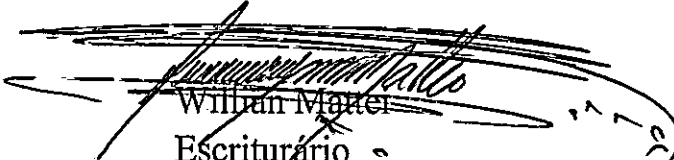
A Vetcon Adm. Seguros

Att. De Sra. Rose

Cara Colega :

Venho por meio deste, encaminhar a V. S^a, o aviso de Sinistro da Segurada Petronilha de Oliveira de Moraes, que se acidentou no dia 30 de Setembro passado;

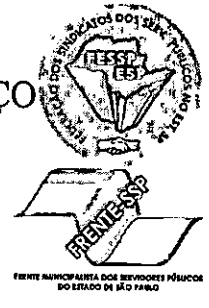
- Aviso de Sinistro;
- Comunicação de Acidente de Trabalho c/ atestado médico;
- Requerimento de benefício por incapacidade e marcação de perícia;
- Requisição de exame médico pericial;
- Cartão de consulta de Acidentado ;
- Relatório Médico;
- Comprovante de Residência;
- CPF. RG.


William Mayer
Escriturário

RUA IRMÃOS MICAÍ, Nº 200 PARQUE NOSSA SENHORA DA CANDELÁRIA
ITU/SP CNPJ 49.563.596/0001-27 FONE: 11 4022 6563
E-mail sismi@uol.com.br



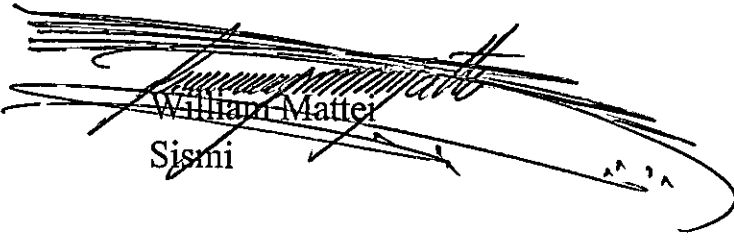
SISMI – SINDICATO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL DE ITU
FILIAÇÃO À FESSP - ESP



Declaração:

Declaramos para os devidos fins, que a Senhora Petronilha de Oliveira Moraes, não pode assinar o Sinistro referente a acidente, de vido a fratura do seu braço direito, o mesmo encontra-se imobilizado.

Sendo declaração da verdade, dato e assino a presente.


William Mattei
Sismi



Nome do Segurado Acidentado De Teo Niha de OLIVEIRA MORAES				Idade	
Sexo F	Cor BRANCA	Estado Civil	Naturalidade ITU	Nacionalidade Brasileira	
1 Profissão Funcionaria Publica		RG 338 620 643	CPF 083 286 678 43		
Endereço Rua Antonio de Paula Loupa, 241					
Bairro Parque Grande		Cidade Itu	UF SP	CEP 13.300.000	
2 O Acidente ocorreu no dia 30 / 09 / 2003			Hora: +12:00	Localidade de: Jacaré Tirobolho (cidade das Omeças)	
3 Descreva com letra legível como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências: 					
4 Pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado depois do acidente:					
Nome:			Endereço:		
Nome:			Endereço:		
5 Pessoa que prestou os primeiros socorros:					
Localidade				Dia	
Data em que procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente: 30 / 09 / 03					
6 Consultório, Clínica ou Hospital (Nome): Endereço: Hospital Somotrenho (Sto. Casa)					
7 Nome do Médico que assistiu o Segurado: Dr. Washington Capelli CRM. 39873 Endereço:					
8 Médico Assistente do Segurado antes do acidente: Nome: Endereço:					
9 Se houve intervenção de alguma autoridade, cite nome e qualificação: Localidade:					
10 Se o acidentado já sofreu outro acidente, queira indicar: Em que data e em que condições: não Conseqüências: Recebeu alguma indenização? Indicar a Seguradora e o Valor: não					
11 O abaixo assinado declarante é responsável pela verdade dessas informações. 27/Outubro 2003 Itu Localidade e Data Assinatura					

Atenção: Este aviso deverá ser preenchido e assinado pelo Segurado.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT
(Ler atentamente as orientações, no verso, antes do preenchimento)

1 - Emitente 1 - Empregador 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autoridade pública

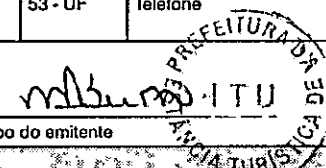
2 - Tipo de CAT 1 - Inicial 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em:

4 - EMPREGADOR	3 - Razão Social/Nome Prefeitura da Estação Turística de Itu									
	4 - Tipo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - CGC/CNPJ 2 - CEI 3 - CPF 4 - NIT 5 - CNAE 6 - Endereço Rua/Av./Nº/Complemento 46634440000000000075116 Av. Tiradentes, 2001									
10 - NOME	Rua/Av./Nº/Complemento (continuação) V. Luísa 13309640 Ita									
	Balço Ita CEP 13309640 7 - Município Ita 8 - UF SP 9 - Telefone 40254540									
	11 - Nome da mãe Olímpiata Lúcia das Dores									
	12 - Data de nasc. 18/07/1944 13 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masc. 3 - Fêmea 14 - Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Sep. Judic. 5 - Outro 6 - Ignorado 15 - CTPS 0757940037 Série 14101983 16 - UF SP 17 - Remuneração mensal 240,00									
18 - CATEGORIA DE IDENTIDADE	18 - Categoria de identidade 1727734 Data da emissão 12/10/1983 19 - UF SP 20 - PIS/PASEP/NIT 17007545761 21 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Co. do Paula Souza, 241 Balço Ita CEP 13300 22 - Município Ita 23 - UF SP 24 - Telefone									
	25 - Nome da ocupação Vereadora 26 - CBO 330 27 - Filiação à Previdência Social <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Empregado 2 - Tráb. Avulso 7 - Seg. especial 8 - Médico resid. 28 - Aposentado? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 29 - Área <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural									
30 - DATA DO ACIDENTE	30 - Data do acidente 30/09/2003 31 - Hora do acidente 12:00 32 - Após quantas horas do trabalho? 05:00 33 - Tipo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Típico 2 - Doença 3 - Trajeto 34 - Houve afastamento? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não									
	35 - Último dia trabalhado 30/09/2003 36 - Local do acidente <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cidade da Origem 38 - CGC/CNPJ 46634440000100 39 - UF SP									
	40 - Município do local do acidente Ita 41 - Parte(s) do corpo atingida(s) Costado do Escudo Direto 42 - Agente causador Tombo									
	43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença Estreando na Cidade da Origem, grande vento a cair sobre o meu traseiro direito. 44 - Houve registro policial? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 45 - Houve morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não									
46 - NOME	46 - Nome Maria Isabel Bazzo									
	47 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Av. Tiradentes, 2001 Balço V. Luísa 13309640 48 - Município Ita 49 - UF SP 50 - Nome Ita 51 - Telefone 40354540									
51 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp. Balço CEP 52 - Município 53 - UF Telefone										

Itu, 16 de Outubro de 2003

Local e data

Assinatura e Carimbo do emitente



54 - UNIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO	54 - Unidade de atendimento médico Hospital Santa Teresinha Itu 55 - Data 17/10/2003 56 - Hora 13:00									
	57 - Houve internação? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 58 - Duração provável do tratamento 10 dias 59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não									
60 - DESCRIÇÃO DE NATUREZA DA LESÃO	60 - Descrição de natureza da lesão fratura oliviana									
	61 - Diagnóstico provável idemia 62 - CID - 10 S59.7									
63 - Observações										

Itu 17/10/03

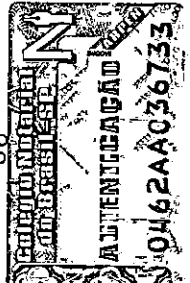
Assinatura e Carimbo do médico com CPF

64 - RECEBIDA EM	64 - Recebida em 17/10/2003 65 - Código da Unidade 21038030 66 - Número da CAT 2003 850 3069/01									
	Notas: 0941198 Matrícula Assinatura do servidor									

SERVIÇO DE REGISTRO DE EMPREGADO
AUTENTICAÇÃO
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo p/ verba - Guia

CARMEN A. DEL RIO GONÇALVES
Escrevente Autorizada
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo p/ verba - Guia

A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO



AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
 E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**
 REQUERIMENTO Nº: 51259446

SERVIÇO DE REPRODUÇÃO
 AUTENTICADO
 Autentico a presente cópia reprográfica
 conforme original a mim apresentada
 de que dou fé.
 23 OUT. 2003
 CARMEN A. DEL RIO GONÇALVES
 Escrevente Autorizada
 VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE
 AUTENTICIDADE
 Selo pl/verba - Guia 237

Prezado (a) Sr(a)

PETRONILHA DE OLIVEIRA MORAES

(NOME DO SEGURADO)

338620643

75794 / 37

17007645761

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(NOME REPRESENTANTE LEGAL)

(NIT REP. LEGAL)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Auxílio - Doença e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data:	24/11/2003
Hora:	13:00 12:00 h
Endereço:	PRAÇA PADRE MIGUEL, 18
CENTRO	ITU - SP

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
 Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.

ITU, 17 de outubro de 2003

abukend
 Nome/Cargo/Assinatura
 (Atendente)

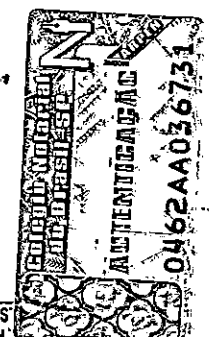
TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

RUBRICAS _____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

A CARGO DO SETOR DE ACIDENTES DO TRABALHO	
1 - DATA DE ENCAMINHAMENTO A EXAME (DÉE):	00005 10/10/03
2 - AO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS	10-20-03 08 5005
RÚBRICA E Nº DO SERVIDOR	
CIÊNCIA DO ACIDENTADO	
EM	/ /
ASSINATURA DO ACIDENTADO	
A CARGO DO SETOR DE PERÍCIAS MÉDICAS	
1 - DATA DO COMPARECIMENTO A EXAME (DCE):	/ /
2 - DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME (DRE):	/ /
3 - RESULTADO DA PERÍCIA CONFORME CPMAT ANEXA	
4 - AO SETOR DE ACIDENTES DO TRABALHO	
RÚBRICA E Nº DO SERVIDOR	

OBSERVAÇÕES

<p>SERVIÇO DE REGISTRO AUTÊNTICAÇÃO</p> <p>Autentico a presente cópia reprográfica conforme original a mim apresentada de que dou fé.</p> <p>23 OUT. 2003</p> <p></p> <p>CARMEN A. DEL RIO GONÇALVES Escrivente Autorizada VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE Selo p/ verba - Guia 237</p>

Itu 23 de 10 de 03



Hospital Sanatorinhos Itu

Receituário

SERVIÇO DE AUTENTICACAO
Autentico a... conforme original a mim apresentada de que dou fé.
23 OUT. 2003
CARMEN A. DEL RIO GONCALVES
Escritora Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Selo p/ verba - Guia 237

Relatório Médico

paciente tetraplégico
de O. Moraes, este seu trabalho
foi desde 30/9/03 devido febre
recorrente do abdômen e
ficar sem peso p/ este

Dr. Washington Capelli Matsushigue
CRM - 39.823

Assinatura e Carimbo do Médico

Hospital Sanatorinhos Itu
Rua Joaquim Bernardes Borges, 372 - Centro -
Itu - SP CEP 13300-025
Tel: (11) 4013-8000
SILMAR MARSIL GRÁFICA LTDA - 300 Bts. 100x1 viaç - Agosto/2003 - 75 grs.

42/FMAGITU
NÃO PODE SER USADO COMO RECIBO

NÃO TEM PRAZO P/ ALTA

CONTINUA AFASTADO



Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica

002053

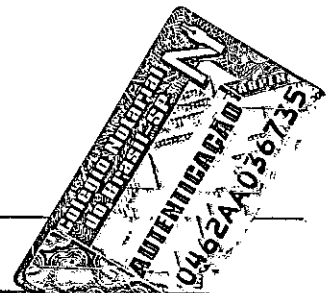
Nome do Responsável MANOEL M BULGARIM		Vencimento 14.08.2003	Código de Referência 32509022
Endereço ANTONIO P SOUZA 241		Apresentação 01.08.2003	
Cidade ITU		Roteiro de Leitura 20 205 69714 32600	Medidor 4974090
CEP	Mês de Faturamento Julho/2003	Tipo de Conta	Nº Parcela

DÉBITO AUTOMÁTICO COMODIDADE E SEGURANÇA - SERVIÇO GRATUITO. PROCURE SEU BANCO.

CPFL - Companhia Piratininga de Força e Luz Rua Ramos Batista, 444 - Vila Olímpia São Paulo, SP - CEP 04552-020 www.cpfpiratininga.com.br		CNPJ 04.172.213/0001-51 Insc. Estadual 118.049.381/118	Continuidade da Distribuição de Energia Elétrica Conjunto: ITU Mês: Mai /2003
Nome do Cliente MANOEL M BULGARIM		Metas: DEC: 4,20 FEC: 3,30 DIC: 20,00 FC: 12,00	Valores apurados: DEC: 0,15 FEC: 0,12
Endereço da Unidade Consumidora ANTONIO P SOUZA 241		Cidade ITU	

CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Descrição	Valor (R\$)
Classificação da Unidade Consumidora -Residencial Monofásico	Tensão Nominal 127	Emissão 30.07.200	
Roteiro de Leitura Lote: 20 Local: 205 Livro: 69714 Instalação: 32600	Tarifação Convencional 251 kWh x 0,27565000		69,18
Datas de Leituras Anterior: 28.06.2003 Atual: 29.07.2003 Próxima: 28.08.2003	ICMS SEGURO		23,60
Consumo no Período (kWh) 251	IRR. 000	ENC. CAP. EMERG.	2,90
Medidor 4974090	Constante 1	Leitura Anter 7792 Atual 8043	1,65
Consumo nos Meses Anteriores (kWh)			
254 - Jun/2003		229 - Dez/2002	
233 - Mai/2003		228 - Nov/2002	
255 - Abr/2003		311 - Out/2002	
213 - Mar/2003		287 - Set/2002	
202 - Fev/2003		255 - Ago/2002	
260 - Jan/2003		290 - Jul/2002	
ICMS - Lei Estadual 6374 de 01.03.89 Base de Cálculo: 94,43 Aliquota: 25%		Valor (R\$)	23,60
Total a Pagar (R\$)			97,33

NAO SOLTE BALOES. PERIGOSA, A BRINCADEIRA PODE ACABAR COM A SUA FESTA.



SERVIÇO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS
AUTENTICO
 Autentico a presente cópia gráfica
 conforme original a mim apresentada
 de que dou fé.
23 OUT. 2003

 CARMEN A. DEL RIO GONCALVES
 Escrevente Autorizada
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE
 AUTENTICIDADE
 Selo p/ verba - Guia **231**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1253-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



Petronilha Oliveira Moraes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 33.862.064-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/AGO/95

NOME PETRONILHA DE OLIVEIRA MORAES

FILIAÇÃO ANTONIO RORFIRIO DE OLIVEIRA

EM CEMENTINA MARIA DAS DORES

NACIONALIDADE ITU-SP DATA DE NASCIMENTO 18/JUL/1944

DDD ORIGEM ITU-SP

ITU

COFLU. 8037/FLS. 164V/N. 006686

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116

COLEGIO NOTARIAL DO BRASIL SP

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DE ITU

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprografiada conforme original a mim apresentada de que dou fé.

23 OUT. 2003

Carmen A. Del Rio Gonçalves

CARMEN A. DEL RIO GONÇALVES
Escrevente Autorizada

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

Selo p/ verba - Guia

COLEGIO NOTARIAL DO BRASIL SP

AUTENTICAÇÃO

0462AA036726

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

CIC

NASCIMENTO 18.07.44

INSCRIÇÃO NO CPF 083-286-678-43

CONTRIBUINTE

PETRONILHA DE OLIVEIRA MORAES

Nina Souza
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprografiada conforme original a mim apresentada de que dou fé.

23 OUT. 2003

Carmen A. Del Rio Gonçalves

CARMEN A. DEL RIO GONÇALVES
Escrevente Autorizada

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

Selo p/ verba - Guia

COLEGIO NOTARIAL DO BRASIL SP

AUTENTICAÇÃO

0462AA036727