



PORTARIA Nº 002/2023

A **Diretora Presidente– Designada do IPSESVI – Instituto de Previdência Social dos Servidores de São Vicente Ferrer - IPSESVI**, no exercício legal do respectivo cargo e usando das atribuições que lhes são conferidas pelas Leis Municipais nº 724/2004;

R E S O L V E;

Art. 1º – CONCEDER, pensão por morte, a Sr.(a) DIONETE SEVERINA DA CONCEIÇÃO, companheira do ex-servidor ativo **SEVERINO DA SILVA NERI**, que ocupou o cargo de Auxiliar de Serviços Gerais -CLASSE I , FAIXA A, matrícula nº010054 ,falecido em 25-12-2019, nos termos do art.40 § 7º , inciso II da Constituição Federal, redação dada pela ECF 41/2003, c/c os arts. 10º, inciso I, 57 e 58,inciso I e 59 da Lei Municipal nº . 724/2004,do Município de São Vicente Férrer.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e seus efeitos retroagem a data do óbito 25/12/2019 e retificam a portaria 012/ 2021.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

REGISTRE-SE, PUBLIQUE-SE E CUMPRA-SE.

São Vicente Férrer, 24 de fevereiro de 2023.

ELDELITA DE FÁTIMA BORBA DE MOURA

Diretora Presidente – Designada



DECLARAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que foi publicada no quadro de avisos da Prefeitura e Câmara Municipal a Portaria nº 002/2023, que dispõe sobre a **pensão por morte a Beneficiária DIONETE SEVERINA DA CONCEIÇÃO**.

São Vicente Férrer, 24 de fevereiro de 2023.

ELDELITA DE FÁTIMA BORBA DE MOURA

Diretora Presidente – Designada

**CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS
DO GOVERNO FEDERAL**

Olá, MARTA LUCIA DA SILVA

Você está autenticado na prefeitura de SAO VICENTE FERRER

Ministério do Desenvolvimento Social

BUSCAR FAMÍLIA

CADASTRAR FAMÍLIA

GERIR FAMÍLIA

RELATÓRIOS

> Cadastro Único > Buscar Família

v.07.38

Ver família**Dados da Família**

Código familiar: 009979030-07

Data da inclusão da família: 13/03/2003

Data de Atualização: 17/09/2013

Cadastro válido: SIM

Renda per capita: R \$ 226,00

Estado cadastral da família: **EXCLUÍDO**

Migrado: SIM

Cadastro atualizado: NÃO

Pendência: NÃO

Ações para esta família

- Histórico FS3 Representante Legal
- Histórico da Família
- Consultar Ocorrências
- Consultar Endereço Remanescente
- Trocar de Responsável Familiar

- 1 IDENTIFICAÇÃO
E CONTROLE
- 2 CARACTERÍSTICAS
DO DOMICÍLIO
- 3 FAMÍLIA
- 9 RESPONSÁVEL
PELA FAMÍLIA
- 10 MARCAÇÃO LIVRE
PARA O MUNICÍPIO

FS1
SUPLEMENTAR 1

SELECIONE PESSOA DA FAMÍLIA

Selecione pessoa da família

Nome da pessoa	NIS	ELO	Parentesco	Estado Cadastral	Cadastro válido
☐ 1 - DIONETE SEVERINA DA CONCEICAO	16018117267		RESPONSÁVEL FAMILIAR	EXCLUÍDO	SIM
☐ 2 - DENILSON DA SILVA NERI	16018110181			EXCLUÍDO	NÃO
☐ 3 - ADAILSON DA SILVA NERI	16018023289		FILHO (A)	EXCLUÍDO	NÃO
☒ 4 - SEVERINO DA SILVA NERI	12551545716		CONJUGE OU COMPANHEIRO (A)	EXCLUÍDO	SIM
☐ 5 - JAILSON DA SILVA NERI	16309166167		FILHO (A)	EXCLUÍDO	SIM

1 Identificação e Controle

Cartão-Proposta de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais

EXCELSIOR SEGUROS

Companhia Excelsior de Seguros

Apólice VG nº _____ Apólice AP nº _____ Movimentação ☐ Alteração ☐ Inclusão ☒

Estipulante **CLUBE VIDA EXCELSIOR** Beneficiário **PRF. MUNICIPAL DE SÃO VICENTE**

Segurado Principal Nome **SEVERINO DA SILVA IVERI**

Data Nascto **25/08/1968** CPF **615.631.104-15** Sexo ☒ M ☐ F Início de Vigência _____

Plano VG _____ IS Básica VG **10.000,00** Plano AP _____

IS Morte Acidental **20.000,00** IS Despesas Médico-Hospitalares **10.000,00** IS Diárias Incapacidade Temporária _____

Cônjuge Nome **DIONETE SEVERINA DA ROCHA** Data Nascto _____ CPF _____ Composição **10 CAR**

Beneficiários

Nome	Parentesco	Porcentagem (%)
DIONETE SEVERINA DA ROCHA	ESPOSA	25
ADAILSON DA SILVA IVERI	FIILHO	25
GENILSON DA SILVA IVERI	FIILHO	25
JAILSON DA SILVA IVERI	FIILHO	25

Questionário de Saúde. (Respondido pelo Titular).
O Segurado deverá responder de próprio punho, assinalando "SIM" ou "NÃO", e justificando quando necessário.

	Tit. Sim	Tit. Não	Conj. Sim	Conj. Não
Exerce atividade de caráter profissional ou amador, a bordo de qualquer aeronave ou pratica pára - quedismo ? Em caso afirmativo, especifique.	☐	☒	☐	☒
Tem deficiência de membros, órgãos ou sentidos ? (por exemplo, redução de visão, ou defeitos físicos em membros ou órgãos). Em caso afirmativo, quais ?	☐	☒	☐	☒
Encontra - se atualmente em plena atividade de trabalho ? Em caso negativo, indique o motivo.	☒	☐	☒	☐
Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) anos alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos para fazer tratamento, intervenção cirúrgica, hospitalizar-se ou afastar-se das suas atividades normais de trabalho ? Em caso afirmativo, indique o(s) motivo(s) e outro(s) detalhe(s).	☐	☒	☐	☒
Já sofreu indenização por acidente ? Em caso afirmativo, indique a(s) Seguradora(s).	☐	☒	☐	☒
Já teve alguma proposta de seguro de Vida ou Acidentes Pessoais recusada ? Em caso afirmativo, indique a época e o(s) motivo(s).	☐	☒	☐	☒
Tem outro(s) seguro(s) de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data ? Em caso afirmativo, indique a(s) Seguradora(s) e Importância(s) Segurada(s).	☐	☒	☐	☒

Declaração

Autorizo a minha inclusão e do(s) meu(s) dependente(s), na apólice de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo, solicitada à COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS, pelo Estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Específicas da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao Contrato serem encaminhados diretamente ao aludido Estipulante, que para tal fim, fica investido dos poderes de representação. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados, não lhe dão direito de cancelar o seguro aqui proposto sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio correr integralmente sob minha responsabilidade. Declaro que nada omiti, em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas. Concorde que as declarações que prestei, passem a fazer parte integrante do Contrato de Seguro, a ser celebrado com a Sociedade Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e declaro para completas, ciente como estou que de acordo com o Art. 1.444 do Código Civil Brasileiro, se estiver omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do Seguro, perderei o direito a toda e qualquer indenização e pagarei o(s) prêmio(s) vencido(s).

Local / Data **São Vicente 08/03/2013** Assinatura do Proponente _____

CNPJ da Seguradora: 33.054.628/0016-79 Processo SUSEP-VG: 10.000.729/00-11 Processo SUSEP-AP: 10.000.730/00-93

Assinatura da Testemunha 1 _____ Assinatura da Testemunha 2 _____ Assinatura do Estipulante _____

ATENÇÃO: Quando se tratar de proponente analfabeto, providenciar uma assinatura "A ROGO", de duas testemunhas e o visto do Estipulante.

Corretor Nome _____ Corretor Código SUSEP _____

Autorização de Desconto

Nome **ADAILTON DA SILVA IVERI** Matrícula **10461** Órgão/Dep./Seção **S. OBRAS J. A. J. J. J.** Situação ☒ Ativo ☐ Inativo

VALOR DO DESCONTO INICIAL QUE DEVERÁ SER AVERBADO EM FOLHA A FAVOR DO: Código nº _____ Valor R\$ **10.30** A partir de _____ Local / Data _____

Assinatura do Proponente _____

OBS.: A presente autorização, permanecerá válida mesmo que o valor acima seja alterado em função de aumento espontâneo dos capitais segurados ou reajuste automático pré-fixados.