



SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS

Fundado em 17 de outubro de 1988 - C.G.C.: 57.735.896/0001-74

AESEB nº 24000.002343/90

O SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS-SINDSERV, vem através deste, encaminhar à V.Sa. as documentações **COMPLEMENTARES**, referente ao Sinistro, de (**VERA LUCIA DOMINGOS**), falecido em **16/08/2013**, para fins de pagamento **Seguro de vida por morte NATURAL**, conforme abaixo relacionados:

~~AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO POR ANA CAROLINA DOMINGOS GUIMARÃES;~~

RELATÓRIO MEDICO PREENCHIDO E ASSINADO PELO MEDICO **DRA ALESSANDRA LOPES NEVES;**

CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DE **VERA LUCIA DOMINGOS;**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE **ANA CLAUDIA DOMINGOS GUIMARÃES;**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE **ANA CAROLINA DOMINGOS GUIMARÃES;**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE **DANIEL LINO DA SILVA;**

Santos, 18 de dezembro de 2014

SINDSERV

57.735.896/0001-74
Sindicato dos Servidores
Públicos Municipal de Santos
Av. Campos Sales, 106
Vila Nova - CEP 11013-400
SANTOS - SP

À
VERTCON SEGUROS
A/C - Joice



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Certidão de Óbito

Nome

VERA LUCIA DOMINGOS

Matricula

123018.01.55.2013.4.00237.201.0151303-20

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
Feminino	Parda	Divorciada, com 57 Anos de idade.

NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
SANTOS - SP	R.G. nº 16953222-7 - SSP/SP	Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
 Pai: MANOEL DOMINGOS (falecido)
 Mãe: ADELINA OLIVEIRA (falecida)
 End. falecido: RUA JOAO FRACAROLLI, 869, JARDIM SANTA MARIA, SANTOS, SP

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
Dezessete de Agosto de Dois Mil e Treze, às Dez Horas e Quarenta e Cinco Minutos, 10:45 horas	16	08	2013

LOCAL DO FALECIMENTO
 Santa Casa de Misericórdia, nesta cidade Santos

CAUSA DA MORTE
 Parte I - INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA, BRONCOESPASMO, DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRONICA. Parte II - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO	DECLARANTE
Sepultamento no Cemitério Areia Branca, Santos-SP	ANA CAROLINA DOMINGOS GUIMARÃES

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE A TESTOU O ÓBITO
 Dr. MARCELO PILNIK - CRM nº 121040

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
 ERA DIVORCIADA DE OSVALDO DOS SANTOS GUIMARÃES. DEIXOU 03 FILHOS: ANA CAROLINA DOMINGOS GUIMARÃES, COM 35 ANOS; ANA CLÁUDIA DOMINGOS GUIMARÃES, COM 31 ANOS; DANIEL LIND DA SILVA, COM 26 ANOS. DEIXOU BENS. NÃO DEIXOU TESTAMENTO. CASAMENTO REALIZADO NESTE SUBDISTRITO NO DIA 20/04/1974, LIVRO B-261, (Continua: Vide Verso...)

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
 Santos, 28 de agosto de 2013.

SANDRA REGINA LEON GONCALVES CAVALCANTE
 3ª Preposta Substituta

1º Subdistrito de Registro Civil de Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas 1º Subdistrito do Município e Comarca de Santos Estado de São Paulo
 Rua Amador Bueno, 203 Centro
 C.E.P. 11013150 - TEL. (13) 3223-5702
 EMAIL: regcivil@toraj.com.br
 SITE: www.registrosantos.com.br
 Heber Hjaldo Molero - Oficial

12 VIA - CUSTA DE EMPLACEMENTOS

Digitada por: Daniela Regina Espindola Gonçalves

Sandra Regina Leon Gonçalves Cavalcante
 Terceira Preposta Substituta
 Registro Civil - 1º Subdistrito
 Santos - S. Paulo

12301-8 - AA 000004015



12301-8-000001-0050000-0713

Continuação da página 1

FLS. 199 SOB Nº 51.276. CERTIDÃO DE NASCIMENTO LAVRADA NESTE SUBDISTRITO NO LIVRO A-360, FLS. 274 SOB Nº 87.718. O CPF DA FALECIDA E DE Nº 048.058.318/80. TÍTULO DE ELEITOR Nº 417902701-83 ZONA 118, SANTOS, SP.// Nada mais me cumpria certificar.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Santos, 28 de agosto de 2013.

SANDRA REGINA LEON GONÇALVES CAVALCANTE
3ª Preposta Substituta

Sandra Regina Leon Gonçalves Cavalcante
Terceira Preposta Substituta
Registro Civil - 1º Subdistrito
Santos - S. Paulo

Serviço do Registro Civil das Pessoas Naturais
Primeiro Subdistrito Santos - SP
Rua Amador Bueno nº 203 - Centro - Santos - SP
CEP: 11013-150 - Tel.: (13) 3223-5702
AUTENTICAÇÃO DE ATO DO REGISTRO CIVIL

Autentico a presente fotocópia de documento expedido por esta Servença ou nela arquivado, do que dou fé em Santos, 28 de agosto de 2013.
Selos por verba/R\$ _____ Guia nº _____

Sandra Regina Leon Gonçalves Cavalcante
Terceira Preposta Substituta
Registro Civil - 1º Subdistrito
Santos - S. Paulo

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA		cc (55) Tipo de Serviço Prestado, sendo		ddd (1987) Ano de Registro e (1) Tipo do livro, sendo:		Número do livro	
Matrícula	0018830155-1987-1-0003-050-0000533-31	31- Serviço de Notas	ddd	1- Livro A (Nascimento)	ffff (0003)	999 (050)	999 (050)
Padrão	aaaaabccc dddd e ffff ggg hhhhhh ii	52- Serviço de Protesto de Títulos		2- Livro B (Auxiliar - Registro de casamento religioso (livro - em civil))		hhhhhh (000533)	hhhhhh (000533)
aaaa (00188-3)	Código Nacional da Serventia (identificação única do cartório)	53- Serviço de Registro de Imóveis		3- Livro C (Obito)		iiiiii (000533)	iiiiii (000533)
bb (01)	Código do Acervo, sendo: 01 - Acervo próprio; Outros - Acervos incorporados	54- Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais		4- Livro D (Auxiliar - Registro de Nulidades)		jjjjjj (000533)	jjjjjj (000533)
		55- Serviço de Registro de Contratos Marítimos		5- Livro E (Domina abas relativas ao Registro Civil)		kkkkkk (000533)	kkkkkk (000533)
		57- Registro de Distribuição				llllll (000533)	llllll (000533)

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais



American Life Companhia de Seguros
 Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220
 CNPJ.: 67.865.360/0001-27
 Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) do seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar problemas no recebimento da indenização no banco.

Eu Ana Cláudia Domingos Guimarães, portador do RG nº 43644157-3, expedido por SP/SP, na data de 04/12/2008 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 308 078 318 24, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Tereza Zúcia Domingos Guimarães, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

Dados Bancários para Crédito

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Ana Cláudia Domingos Guimarães

Número de Banco e Nome

Santander

Número da Conta e Dígito

60-000 419 1 7

Número da Agência (sem dígito)

0171

Tipo de Conta

() Conta Corrente

(X) Conta Poupança

Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- () **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- (X) **maior (igual ou acima de 18 anos)**
- () **incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Santos 28/11/2014

Ana Cláudia Domingos Guimarães
 X Tereza Zúcia D. Guimarães
 Assinatura do beneficiário (a)
 assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)
 assinar conforme consta em RG

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.

3º Tabelião de Notas e de Protesto de Letras e Títulos de São Vicente
 Avenida Presidente Wilson, 1222 - Centro - CEP: 11320-000 | Tel/Fax: (13) 3466-3535 - São Vicente - SP

Reconheço a(s) firma(s) com valor econômico por semelhança de
ANA CLAUDIA DOMINGOS GUTMARAES (111301)

VALIDO SOMENTE COM SELLO - Qtd 1; Total R\$ R\$6,80
 SAO VICENTE, 28 de Novembro de 2014. Dou fe.

ELIANA SANTOS FERRARI - SUBSTITUTADA
 LEGAL





American Life Companhia de Seguros
 Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220
 CNPJ.: 67.865.360/0001-27
 Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) do seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar problemas no recebimento da indenização no banco.

Eu ANA CAROLINA DOMINGOS GUIMARAES, portador do RG nº 29.608.181-4, expedido por SSP/SP, na data de 21/07/2009 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 267.852.098-62, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por SELA LUCIA DOMINGOS, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

Dados Bancários para Crédito

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

ANA CAROLINA DOMINGOS GUIMARAES

Número de Banco e Nome

CAIXA

Número da Conta e Dígito

00702694 11

Número da Agência (sem dígito)

0345

Tipo de Conta

() Conta Corrente (X) Conta Poupança

Categoria do Beneficiário(a)


Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- () menor (abaixo de 18 anos) - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- (X) maior (igual ou acima de 18 anos)
- () incapaz - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

05 DEZ 2014

X 
 Assinatura do beneficiário (a)
 assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)
 assinar conforme consta em RG

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor não informar dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.

Reconheço por semelhança a firma de ANA CAROLINA DOMINGOS GUIMARAES e dou fé.
 Santos, 05 de Dezembro de 2014.
 Em testº _____ da verdade.

FLAVIA LOVECCHIO R MENDONÇA-Esc Aut
 FABIANA LOVECCHIO R MENDONÇA-Esc Aut
 MARIA HELENA PERES-Esc Aut
 PRISCILA A. PESTANA SILVA-Esc Aut. 79727341





American Life Companhia de Seguros
 Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220
 CNPJ.: 67.865.360/0001-27
 Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) do seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar problemas no recebimento da indenização no banco.

Eu Daniel Lino da Silva, portador do RG nº 44598281-3, expedido por SSP/SP na data de 19/04/14 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 36029044981, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Vera Lucia D. Guimarães, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

Dados Bancários para Crédito

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Daniel Lino da Silva

Número de Banco e Nome

001 Banco do Brasil

Número da Conta e Dígito

44878-18

Número da Agência (sem dígito)

0001-3

Tipo de Conta

Conta Corrente () Conta Poupança

Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- () menor (abaixo de 18 anos) - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- () maior (igual ou acima de 18 anos)
- () incapaz- o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

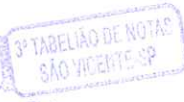
Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Santos, 28 de novembro 2014

Assinatura do beneficiário (a)
 assinar conforme consta em RG

[Assinatura]
Daniel Lino da Silva



Local e Data

[Empty box]

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)
 assinar conforme consta em RG

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor não informar dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.

3º Tabelião de Notas e de Protesto de Letras e Títulos de São Vicente
 Avenida Presidente Wilson, 1222 - Centro - CEP: 11320-000 - Tel/Fax: (13) 3466-3535 - São Vicente - SP

Reconheço a(s) firma(s) com valor econômico por semelhança de ---
DANIEL LINO DA SILVA (135649)

VALIDO SOMENTE CUM SELO - Qtd.: Total R\$ R\$6,80

SÃO VICENTE, 28 de Novembro de 2014. Dou fe.

[Assinatura]
 ELIANA SANTOS FERRARI - SUBSTITUTA DA TAB. LEGAL

