

Oficio 233/2010

Juiz de Fora, 08 de julho DE 2010
AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS
A/C: Departamento de Sinistros

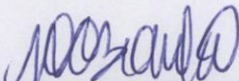
REF: APL SINSERPU

SEG: ADOENES DA COSTA

Visando dar entrada no Sinistro de MORTE CONJUGE /MARIA DAS GRAÇAS AZEVEDO COSTA conforme documentação anexa:

DOCUMENTAÇÃO:

- AVISO DE SINISTRO
- CERTIDÃO DE ÓBITO
- CERTIDÃO CASAMENTO
- RG ,CPF E DO SEGURADO
- RG CPF DO FALECIDO
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO FALECIDO
- COMPROVANTE RESIDENCIA DO SEGURADO
- HOLERITE
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO


VERTCON SEGUROS LTDA
De Juiz de Fora

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Juiz de Fora 08/07/10



American Life Companhia de Seguros
 Av. Angélica, 2029 - Santa Cecília - São Paulo - SP - CEP 01227-200
 Fone: (11) 3258-0022 - Fax: (11) 3231-4446 - CNPJ 67.865.360/0001-27

**AVISO DE SINISTRO
 VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES
 PESSOAIS**

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR		APÓLICE Nº	
SEGURADO	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
MARIA DAS GRAÇAS AZEVEDO COSTA	28.05.53	TP. Contab	CASADA
SINISTRO DE	CAUSA	DATA ADMISSÃO	ULTIMO DIA TRABALHADO
[] MORTE [] INVALIDEZ [] PROFISSIONAL [] NATURAL [] DOENÇA [] ACIDENTE			ULTIMO SALÁRIO
ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? [] SIM [] NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO			
De / / a / / - Motivo :			
De / / a / / - Motivo :			
De / / a / / - Motivo :			
De / / a / / - Motivo :			
Estava aposentado? [] SIM [] NÃO	Desde quando?	- Motivo :	

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

LOCAL E DATA

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE
Adrienes da Costa	15.12.48	motoniata	3222-0296
ENDERECO	CIDADE	UF	
Av. Ondine Lute 609. Prunha	S. João		
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE	
28.06.2010	09:30	Hospital Monte Sinai	

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? [] SIM [] NÃO QUAL?

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO

NOME	ENDEREÇO
NOME	ENDEREÇO

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO

DATA 1º SOCORRO	LOCALIDADE	ESTABELECIMENTO
ENDEREÇO	CIDADE	UF TELEFONE
NOME DO MÉDICO	CRM Nº	ENDEREÇO

INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE Nº	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INV. PERM. ACIDENTE	INV. PERM. DOENÇA	PROFISSIONAL

Nesta oportunidade, autorizo a American Life Companhia de Seguros, através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e as instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

05 JUL. 2010

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

Adrienes da Costa

reconhecer firma

4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
 CNPJ: 20.451.225/0001 - 71 - TEL: (32) 3215-1086
 Galeria Constança Valadares Lj 04/06 - CEP 38.010-300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo
 ADOENES DA COSTA
 Juiz de Fora, 05/07/2010
 Em Testemunho da verdade.

Andréia Crovato Antunes - Escrevente Autorizada
 Emol.: R\$2,95 Tax. Fisc.: R\$0,92 Total: R\$3,87



A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO: **MARIA DAS GRAÇAS DE AZEVEDO COSTA**

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO: **2017 DE FORA** DATA: **28/06/2010** HORAS: **01:30** FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?: **HOSPITAL MONTE FINCK** DATA DA 1ª CONSULTA: **02/2010** DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: **28/06/2010**

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?: **COLICITE CRÔNICA D VESÍCULA EMBLENTERAL**

INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:

A) PRIMÁRIA: **FAUCIA MULTO ORGANIZADA**

B) SECUNDÁRIA: **—**

HOUVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO: **HOSPITAL MONTE FINCK 16/06/2010 A 28/06/2010**

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? SIM NÃO DESDE QUANDO? **02/2010** QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? **CONTADOR** QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO? **PRATO DA INTERNAÇÃO**

HOUVE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO SEGURADO? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE: **NÃO**

HOUVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS: **COLICITE CRÔNICA 02/2010**

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC)

O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, PEDE-SE DAR DETALHES: **NÃO**

O FALECIDO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS: **NÃO**

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: **—**

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA

DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO: **—**

DATA 1ª CONSULTA	DATA INÍCIO DA DOENÇA	DATA ÚLTIMA CONSULTA	DATA INVALIDEZ TOTAL	DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO	O PACIENTE ESTÁ TOTALMENTE INVÁLIDO?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA?
					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO? SIM NÃO A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É: LABORAL AUTONÔMICA

DESCREVA A SINTOMATOLOGIA E OS EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS QUE PERMITIRAM A CARTACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC.)

HOUVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? (FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)

O SEGURADO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: **—**

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE: DATA DO ATENDIMENTO MÉDICO: HISTÓRICO DO ACIDENTE:

DESCRIÇÃO DETALHADA DA LESÃO:

TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO:

HOUVE INTERNAÇÃO? DATA DA INTERNAÇÃO: DATA DA ALTA: ENCONTROU ALGUM DEFETO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO AFIRMATIVO, QUAL?

O PACIENTE ESTÁ EM ALTA MÉDICA DIFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?

EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZA-LA? SEM INVALIDEZ COM INVALIDEZ

CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZA-LA? PERMANENTE TOTAL TEMPORÁRIA PARCIAL

SE PARCIAL, INDIQUE: % DE REDUÇÃO FUNCIONAL MÍNIMA MÉDIA MÁXIMA

DESCREVER AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E CLASSIFICANDO-AS SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL

O PACIENTE FOI TRATADO POR OUTROS MÉDICOS? EM CASO AFIRMATIVO, INFORME NOME E ENDEREÇO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: **—**

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO MÉDICO: **RODRIGO DE OLIVEIRA PEIXOTO**

ENDEREÇO: **AV. RIO BRANCO 2721 / 1409**

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

MONTE 02/07/2010

LOCAL E DATA

BESSA COELHO

ASSINATURA E CARIMBO

4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
 CNPJ: 20.451.225/0001-71 - TEL: (32) 3215.1086
 Galeria Constança Valadares, Lj 04/06 - CEP:38.010.300 - Jui. de Fora - MG



BESSA COELHO
 CRM 18.837
 CPF 485.251.625-04

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo:
RODRIGO DE OLIVEIRA PEIXOTO
 Jui. de Fora, 05/07/2010
 Em Testemunho da verdade.
 Andréia Crovato Antunes - Escrevente Autorizada
 Emol.:R\$2,95 Tax. Fisc.:R\$0,92 Total:R\$3,87

RECONHECER FIRMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

MARIA DAS GRACAS DE AZEVEDO COSTA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL M-5.441.853 DATA DE EXPEDICAO 26/07/88

NOME MARIA DAS GRACAS DE AZEVEDO COSTA

FILIAÇÃO ARISTIDES AUGUSTO DE AZEVEDO
ALMERINDA DE MATTOS AZEVEDO

NATURALIDADE SAPUCAIA-RJ DATA DE NASCIMENTO 28/05/53

DOC ORIGEM CAS LV-14 FL-16 SAPUCAIA

CPF BELO HORIZONTE, MG

ASSINATURA DO DIRETOR REIS PII-435

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTERIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

CIC

N° DE INSCRICAO NO CPF 788531336 00

NUMERO DE INSCRICAO NO CPF

NOME COMPLETO MARIA DAS GRAÇAS DE AZEVEDO COSTA

NASCIMENTO 28/05/53

ASSINATURA MARIA DAS GRACAS DE AZEVEDO COSTA

TERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTACAO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

ESTE CARTAO E O DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRICAO NO CADASTRO DE PESSOAS FISICAS DE USO OBRIGATORIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS. PARA QUALQUER ORIENTACAO DE NATUREZA TRIBUTARIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

275/0199-01

19 / 10 / 88

BANCO REAL

63.000/4815

NOME, MATRICULA E ASSINATURA DO FUNCIONARIO RESPONSAVEL PELA EMISSAO APROVADO POR INSCRICAO NORMATIVA DO SRF

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Adoens da Costa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-2.376.147 DATA DE EXPEDICAO 17/07/1998

NOME ADOENES DA COSTA

FILIAÇÃO LAURENTINO DOMINGOS DA COSTA
JOANA MARIA DA CONCEICAO

NATURALIDADE PATROCINIO DO MURIAE-MG DATA DE NASCIMENTO 15/12/1948

DOC ORIGEM CAS. LV-14 FL-16

SAPUCAIA-RJ

CPF 478040767-20 PIS 1037484631-3

BELO HORIZONTE, MG BLL. MARCIO BATROSSO DOMINGOS

PII-1257 ASSINATURA DO DIRETOR 2.VIA

LEI N° 7.116 DE 29/08/83



Distribuição S.A.

www.cemig.com.br

Agência Virtual

Fale com a Cemig 116

Cemig Distribuição S.A. CNPJ 06.981.180/0001-16 / Insc. Estadual 062.322136.0087 / Av. Barbacena, 1.200 - 17º andar - Ala A1 - CEP 30190-131 - Belo Horizonte - MG

MARIA DAS GRACAS DE AZEVEDO COSTA
RUA ARLINDO LEITE 609 CS 1
PROGRESSO
36050-530 JUIZ DE FORA, MG
CPF 788.531.336-00

Referente a
MAR/2010
Código de Débito Automático:
000043337757

Nº DO CLIENTE
7004881959

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U Nº 002813435 - PTA Nº16.000114527.70

Classificação
Residencial
Bifásico

Medição
AFD951017426

Datas de Leitura
ANTERIOR ATUAL PRÓXIMA
10/02 12/03 12/04

Datas da Nota Fiscal
EMISSÃO APRESENTAÇÃO
16/03 22/03

Nº DA INSTALAÇÃO
3004333775

Table with 4 columns: Tipo de Medição, Leitura Anterior, Informações Técnicas (Leitura Atual), Constante de Multiplicação, Consumo kWh.

Informações Gerais
Tarifa vigente conforme Res. Aneel nº 797, de 07/04/09.
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.

Table with 4 columns: Descrição, Quantidade, Preço, Valor (R\$). Includes Encargos / Cobrança section.

Indicadores de Qualidade de Fornecimento
JUIZ DE FORA
Região: REG. DISTR. JUIZ DE FORA
Mês: 01/2010 DIC FIC DMIC Consideradas
Apurado 1,00 1,00 1,00 as interrupções
Permitido 5,19 3,42 2,94 acima de 3 Min.
Tensão: Nominal=220/127 V Mín.=201/116 V Máx.=231/133 V
Valor Encargo Uso Sist. Distribuição: R\$63,47

Table with 6 columns: Parcelas, Valor R\$, %, Enc. Setoriais, Tributos, Total.

VENCIMENTO
04/04/2010

VALOR A PAGAR
R\$ 175,57

Table with 4 columns: Mês/Ano, Consumo kWh, Média kWh/Dia, Dias de Faturamento.

Reservado ao Fisco
B34E.8910.7930.2DDD.79C8.FF3A.8843.9C20

Table with 4 columns: Base de cálculo(R\$), ICMS Aliquota(%), Valor(R\$), PASEP (R\$), COFINS (R\$).

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares. Ouvidoria CEMIG: (31) 3506-3838

CEMIG Distribuição S.A. Unidade de Leitura 08071714 Conta Contrato 000043337757 Vencimento 04/04/2010 Total a Pagar R\$ 175,57 Março/2010



DEPLOR B-DEF. MUN. LIMP. URBANA (TEMPO SERV.)
 20.430.120/0001-36
 RECIBO MENSAL

Demonstrativo de Pagamento de Salário

Referencia: 06/2010

Código Nome do Funcionário
 000155 ADGENES DA COSTA
 MOTORISTA II

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção Fl.
 04.03 1
 Letra: J

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
501	SALARIO BENEFICIO	30,00		
181	REAJUSTE SALARIAL MAIO/2010	0,00	2.166,18	
018	SINSERPU - SEGURO VERTCON	0,00	141,72	
137	SINSERPU	0,00		
145	GREMIO RECREATIVO	0,00		27,46
149	ATRAM I	0,00		21,66
150	ATRAM-PROCEDIMENTOS HOSPITALAR	0,00		2,92
230	CEF - EMPRESTIMO	0,00		15,30
550	MENS PROG SAUDE ATRAM HOSPITAL	0,00		100,00
020	SINSERPU - JP - CONVENIOS	0,00		190,10
002	IRRF - PPSM	0,00		36,00
514	PAS - PLANO ASSISTENCIA SAUDE	7,50		75,70
554	PAS-CD-PARTICIPACAO	2,00		65,25
		0,00		227,07
				81,31

Total de Vencimentos

2.307,90

Total de Descontos

853,67

Valor Líquido

1.454,23

Salário Base

2.166,18

Sal. Contr. INSS

0,00

Base Cál. FGTS

0,00

FGTS. do Mês

0,00

Base Cál. IRRF

2.307,90

Faixa IRRF

7,50



COMPANHIA DE SANEAMENTO MUNICIPAL

CNPJ 21.572.243/0001-74

Inscrição Estadual 367.698776.0099

AGÊNCIA DE ATENDIMENTO: Av. Getúlio Vargas, 1001 - Centro - Juiz de Fora - MG

CEP 36.013-011

Home Page <http://www.cesama.com.br> - E-mail: atendimento@cesama.com.br

Nome / Endereço ADONIS DA COSTA R. DR. ARLINDO LEITE, 609 PROGRESSO	Matrícula / Débito Automático D/379079-88 Referência 01.10.19.1610
--	---

Leitura Atual 195	Consumo m ³ 21	Data Leitura 18/03/2010	Mês / Ano 02/2010-1
----------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------

Histórico de Consumo		Nº Hidrômetro (s)	
08/2009	19	11/2009	24
09/2009	23	12/2009	26
10/2009	26	01/2010	25
		X09L011807	

Discriminação dos Serviços		Categoria	
FORNECIMENTO DE AGUA	36,66	B1	
COLETA DE ESGOTO	26,90	Economias	
JUROS CONTAS ANTERIORES	0,81	Residência	001
MULTA CONTA ANTERIOR	1,74	Comércio	000
		Indústria	000
		Pública	000
VENCIMENTO: 25/03/2010	TOTAL: 66,11		

Mensagem

"CONTAS VENCIDAS COM MAIS DE 30 DIAS SO
PODERAO SER PAGAS NA CESAMA."

82620000000-6 66110015437-5 90790220101-7 25032010000-2

QUALIDADE DA ÁGUA NA REDE DE DISTRIBUIÇÃO

Especificação - Portaria nº 518/MS de 25 de Março de 2004 e Decreto Presidencial 5.440/05

PARÂMETROS	Nº Mínimo de análises	Nº Análises realizadas	Nº Amostras fora do padrão	PADRÃO	
Físico-químicos	Cor	288	388	6	Máximo 15,0 uH
	pH	288	388	0	6,0 - 9,5
	Turbidez	288	388	5	Máximo 5,0 UT
	Cloro Residual Livre	288	447	5	0,2 - 2,0 mg/L
Bacteriológicos	Coliformes Totais	288	305	3	Ausente em 95%
	E. coli	3	3	0	Ausente

Observação

"PROXIMA CONTA REAJUSTE TARIFARIO 4,31%
RESOLUCAO 002/2010 DE 02/02/2010."

AUTENTICAÇÃO NO VERSO "EM CASO DE ORDEN DE PAGAMENTO, MENCIONAR A MATRÍCULA E O MÊS/ANO" USUÁRIO

82620000000-6 66110015437-5 90790220101-7 25032010000-2



MATRÍCULA D/379079-88	REFERÊNCIA 01.10.19.1610	MÊS / ANO 02/2010-1
--------------------------	-----------------------------	------------------------

VENCIMENTO 25/03/2010	VALOR: 66,11
-----------------------	--------------

COMPANHIA DE SANEAMENTO MUNICIPAL



JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

CNPJ 21.572.243/0001-74 - Insc. Est. 367.698776.0099

AUTENTICAÇÃO
NO VERSO

IPTE: 232.0015.2503.1037.9079.0000

Cartório do 1º Distrito de Sapucaia



Oficial Registrador: *Alan do Nascimento Oliveira*

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais do 1º Distrito e de Registro de Interdições, Tutelas, Curatelas e Falência do Município de Sapucaia-RJ
CNPJ: 10.786.219/0001-11 - Rua Antônio Aguiar, 15 - Loja A - Centro - Sapucaia - RJ - Tel.: (24) 2271-1825
e-mail: cartorio.sapucaia@yahoo.com.br

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES
ADOENES DA COSTA
MARIA DAS GRAÇAS DE MATTOS AZEVEDO

MATRÍCULA
091553 01 55 1979 2 00014 016 0001193 83



NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

ELE: ADOENES DA COSTA, solteiro, natural de Muriaé - MG, nascido em 15 de dezembro de 1948, de nacionalidade Brasileira, filho de LAURENTINO DOMINGOS DA COSTA e JOANA MARIA DA CONCEIÇÃO. x-x-x

ELA: MARIA DAS GRAÇAS DE MATTOS AZEVEDO, solteira, natural de Sapucaia - RJ, nascida em 28 de maio de 1953, de nacionalidade Brasileira, filha de ARISTIDES AUGUSTO DE AZEVEDO e ALMERINDA CARNEIRO AZEVEDO. x-x-x

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

Dezoito de abril de mil novecentos e setenta e nove.

DIA	MES	ANO
18	4	1979

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Separação de Bens.

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

O noivo não mudou seu nome.

A noiva passou a usar o nome de MARIA DAS GRAÇAS DE AZEVEDO COSTA.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

A presente certidão envolve elementos de retificação a margem do termo. Consta ainda a anotação do óbito da registrada conforme termo 84631, fls 069 do Livro C-126 do Cartório RCPN, Interdições e Tutelas do 1º Subdistrito de Juiz de Fora - MG. Falecida em 28/06/2010. Registro feito no Livro B-14, Folha 016, Termo 1193. x-x-x

AUTENTICAM

Andréia Crovato Antunes
ESCREVENTE AUTORIZADA
4.º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA
J. FORA 05 JUL. 2010
EM TEST. *[assinatura]* DA VERDADE
CARTÓRIO BESSA COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL: R\$ 2,55 - F.P.J.: R\$ 0,02 - T.O.P.A.: R\$ 3,43



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou re.
Sapucaia, 01 de julho de 2010

[assinatura]

Jordhana Guimarães
Substituta
Mat. 94/10783

RCPN do 1º Distrito de Sapucaia
Alan do Nascimento Oliveira
Sapucaia - RJ
Rua Dr. Antônio Aguiar nº15, loja A - Centro
(24) 2271-1825

Emolumentos: Tab 1,4b=6,05 + Tab 3,11b (7x)=14,07 + Tab 1,9=3,02 + Tab 1,10=3,02 + Tab 3,11=10,09 + Tab 1,7=4,03 + 20% TJ + 5% FUNDPERJ + 5% FUNPERJ
R\$ 52,35

17824125



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Nº do Sinistro:

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) da indenização 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 recusa pela Instituição Financeira.

Eu _____, portador do R.G. nº _____, expedido por _____, data da expedição ____/____/____, C.P.F. nº _____, na qualidade de beneficiário(a) dessa indenização, autorizo a American Life Companhia de Seguros efetuar o respectivo pagamento através de crédito, conforme abaixo indicado:

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO					
	BANCO (NÚMERO)	Nº AGÊNCIA	DÍGITO AGÊNCIA	Nº DA CONTA	DÍGITO CONTA
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	Brazil	8016	3	20458	7
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA					

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

Uma vez efetuado o pagamento / crédito no valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)

(Assinar igual ao RG - Não precisa reconhecer firma)

ATENÇÃO: Preencher corretamente os dados de sua conta corrente, agência e banco, verificando sempre os dígitos, evitando assim o cancelamento do crédito.

