



SINDEST

Sindicato dos Servidores Estatutários Municipais de Santos

C.N.P.J. 57.738.411/0001-04

120510

Ofício n. 238/2010 – Sindest

Santos, 05 de Maio de 2010.

A

VERTCOM SEGUROS

Ref: SINISTRO MORTE NATURAL

ALAMIR OLIVEIRA COSTA

Segue relação de documentos para análise e pagamento da indenização conforme segue documentos.

Aviso de sinistro
Copia do Holerite
Copia do RG e comprovante de residência (esposa)
Copia do comprovante de residência
Copia do RG e CIC do mesmo
Copia do laudo médico
Copia da certidão de casamento
Copia da certidão de óbito

Obs.: Todos os documentos na relação acima são autenticados

Atenciosamente,


FABIO MARCELO PIMENTEL

c/c American Life

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Júlia Andrade 13/05/10



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

120510

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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------|
| ESTIPULANTE/EMPREGADOR | | APÓLICE Nº | |
| SEGURADO <i>Alanir Oliveira Costa</i> | | DATA DE NASCIMENTO <i>04/06/1932</i> | PROFISSÃO <i>motorista</i> |
| SINISTRO DE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE | | DATA ADMISSÃO | ESTADO CIVIL <i>Casado</i> |
| ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO | | ULTIMO DIA TRABALHADO | ULTIMO SALÁRIO |
| De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : _____ | | | |
| De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : _____ | | | |
| De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : _____ | | | |
| De ___/___/___ a ___/___/___ - Motivo : _____ | | | |
| Estava aposentado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Desde quando? _____ - Motivo : _____ | | | |

BENEFICIÁRIOS

| NOME | GRAU DE PARENTESCO | ENDEREÇO | IDADE |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------|
| <i>Isabel dos Santos esposa</i> | <i>Esposa</i> | <i>R: Edgard Cavalheiro</i> | <i>327</i> |
| <i>Costa</i> | | <i>Sol Quente / SP</i> | |

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

| | | | | |
|--|------|---|-------------------------------|---------------------------------|
| SEGURADO <i>Alanir Oliveira Costa</i> | | DATA DE NASCIMENTO <i>04/06/1932</i> | PROFISSÃO <i>motorista</i> | TELEFONE <i>13, 30195862</i> |
| ENDEREÇO <i>R. Edgard Cavalheiro, 327</i> | | CIDADE <i>SÃO VICENTE</i> | UF <i>SP</i> | |
| DATA DO ACIDENTE | HORA | LOCAL DO ACIDENTE | | |

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

[Handwritten description of the accident, mostly obscured by a large blue scribble]

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 |
| | | |

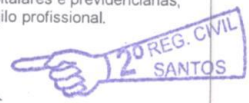
INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

| 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/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

SANTOS, 04 MAIO de 2010
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL



OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS P. N. DO 2º SUBDISTRITO
 Av. Conselheiro Nébias, 371 - Vila Mathias - Santos - SP
 Bel. Aldir Pascoal Monte Bello - Oficial Titular
 Reconheço por semelhança 01 firma sem Valor econômico de
 RENATA APARECIDA BEZERRA e dou fé. *[Handwritten signature]*
 Santos, 05 de maio de 2010
 Em testemunho da verdade.
 ARTHUR CARLOS MONTEBELLO - Substituto do Oficial - 7
 Valor 3,00 Cart. 0956 Guia: 97

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO Alonni Oliveira Costa

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO CREI DATA 13-02-10 HORAS 10:15 FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL? Hospital - CREI DATA DA 1ª CONSULTA 30-01-2010 DATA DA ÚLTIMA CONSULTA _____

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL? Bronco pneumoniae

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

A) PRIMÁRIA Bronco pneumoniae

B) SECUNDÁRIA Secunde de AVC

HOUE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO. Sim. Perante seu estado no CREI em 30-01-10 c/ quadro pneumoniae, cefaleia

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? DESDE QUANDO? QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO? 11-02-11

HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO SEGURADO? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE. Não

HOUE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS. Demorbios

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC.) Exame realizado em 11-02-11

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? 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.) _____

HOUE 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 _____

HOUE INTERNAÇÃO? DATA DA INTERNAÇÃO _____ DATA DA ALTA _____ ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, QUAL? _____

O PACIENTE ESTÁ EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? 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 SEQUÉLAS 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 Osvaldo Abud Nicolson CRM Nº 7946

ENDEREÇO Rua Ipanema, 353 Centro - S.U

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Sos Uccenti, 30-03-10
LOCAL E DATA

[Assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO



SERVICO DE REG. CIVIL DAS P.M.-2º SUBD.

SANTOS-SP.

JOSÉ JULIO DE LIMA OFICIAL



S.S.P.M.S
Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Santos

SANTOS

NOME Aldir Oliveira Costa

R.G. 9.579.651

CPF 160.501.268/87

Reg. Nº 5.615-0



[Signature]
 síndico

CÓPIA EXTRAÍDA NO REG. CIVIL
2º SUBDISTRITO - SANTOS

01.142

Matr. Sind.

Filiação: Antonia Oliveira Costa
Leonor Oliveira Costa

Data de Nascimento: 04/06/32

Naturalidade: Santos - SP

EM BRANCO

**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS**

| | | | |
|-------|-------|-----------------|----------|
| IPREV | ÓRGÃO | CENTRO DE CUSTO | REGISTRO |
| | | 40.O.O.38.00 | 05615.0 |

NOME DO SERVIDOR INATIVO
ALAMIR OLIVEIRA COSTA

| | | |
|-----------|-------|---------------------|
| MOTORISTA | CARGO | NÍVEL DE REFERÊNCIA |
| | | N-F |

| | | |
|---------------------|----------------------------|----------------|
| BANCO DO BRASIL S/A | LOCAL DE PAGAMENTO / BANCO | CONTA BANCÁRIA |
| | | 0004300307998 |

| | | |
|-------------------|----------------|---------------------|
| DATA DE PAGAMENTO | COMPETÊNCIA | SALÁRIO BASE / HORA |
| 25/02/2010 | FEVEREIRO/2010 | 589,49 |

DEMONSTRATIVO PROVENTOS/DESCONTOS

| CÓD. | DESCRIÇÃO | HORA / QTDE. | VALOR |
|------|---------------------------------------|--------------|---------------|
| 001 | PROVENTO OU VENCIMENTO DO CARGO | 220.00 HS | 589,49 |
| 003 | ADICIONAL S/ PROVENTOS | 22.00 % | 252,04 |
| 018 | GRATIF. POR 8 ANOS NO CARGO | 1 | 36,11 |
| 089 | P. C. G. S. LEI COMPLEM. 162/95 | 88.22 % | 520,05 |
| 348 | S. P. M. S. MENSALIDADE | | 23,58 |
| 355 | DESC. ADIO. SALARIAL | | 235,80 |
| 359 | S. E. M. S. MENSALIDADE | 3.00 % | 41,93 |
| 390 | CAPEP-3% S/PROV.-ASSIST.MED. | | 20,00 |
| 412 | SINDEST-CONVENIOS | | 41,93 |
| 438 | CAPEP-ASSIST.MED.DEPEN. LEI 2635/2009 | | 246,00 |
| | | | 732,54 |

| | | | |
|-------------------|-----------|-----------|--------|
| CONTRIBUIÇÃO FGTS | PROVENTOS | DESCONTOS | TOTAL |
| | 1.397,69 | 665,15 | 732,54 |

MENSAGEM





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
ALAMIR OLIVEIRA COSTA

MATRÍCULA:
122945.01.55.2010.4.00094.184.0059328-14

SEXO masculino COR parda

ESTADO CIVIL E IDADE
casado, com setenta e sete anos de idade

NATURALIDADE
SANTOS - SP

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ELEITOR
9.579.651 sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

filho de ANTONIO OLIVEIRA COSTA (FALECIDO) e de LEONOR OLIVEIRA COSTA (FALECIDA),
Residência: NA RUA EDGAR CAVALHEIRO, 327 ALTOS, JOCKEY CLUB, SÃO VICENTE, Estado de São Paulo.

DATA E HORA DO FALECIMENTO

onze de fevereiro de dois mil e dez, às 10:15 horas DIA 11 MÊS 02 ANO 2010

LOCAL DE FALECIMENTO

no C.R.E.I. Centro de Referência em Emergência e Internação - SÃO VICENTE/SP

CAUSA DA MORTE

BRONCOPNEUMONIA, SEQUELA DE AVC

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério MUNICIPAL VICENTE DE CARVALHO, GUARUJÁ/SP

DECLARANTE

A ESPOSA: ISABEL DOS SANTOS COSTA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Doutor ROBERTO DAVID FILHO, CRM 80347

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ERA CASADO COM A SRA. ISABEL DOS SANTOS COSTA, AOS 25/05/1957, EM SANTOS/SP (29 SUBD. LV. B-36, FLS. 249, Nº 14188). DEIXOU 03 FILHOS: JANE C/ 51 ANOS, JANETE C/ 50 ANOS E DEVIDH C/ 30 ANOS DE IDADE. DEIXOU BENS. NÃO DEIXOU TESTAMENTO. IGNORA SE ERA RESERVISTA. ERA ELEITOR EM SANTOS/SP, TÍTULO Nº 416.627.801-41, ZONA 118. CPF: 160.501.268-87. RG: 9.579.651. NASCIDO EM 04/06/1932.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
SÃO VICENTE, 23 de fevereiro de 2010.

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais
e de Interdições e Tutelas da Sede

Ivanize C. Pereira de Andrade V. Loureiro
OFICIALA DESIGNADA

Daniela Westfal Wisniewski
Daniela Westfal Wisniewski
Escrevente

LA VIA - ISENTA DE EMOLUMENTOS
Digitada por: DANIELA

Município e Comarca de São Vicente - Estado de São Paulo

Rua Jacob Emmerich, 527 - Centro - CEP 11310-071- São Vicente/SP
Fones/Fax: (13) 3468-5363 / 3568-4982 - E-mail: regcivilsv@uol.com.br

Daniela Westfal Wisniewski
Escrevente
Registro Civil de S. Vicente - SP

1547G-AA 132462





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:
ALAMIR OLIVEIRA COSTA
E
ISABEL MAURICIO DOS SANTOS

MATRÍCULA:
122671.01.55.1957.2.00036.249.0014188-19

NOME, NACIONALIDADE, DATA E LOCAL DE NASCIMENTO, FILIAÇÃO

ALAMIR OLIVEIRA COSTA, natural de Santos, Estado de São Paulo, nascido no dia quatro de junho de mil novecentos e trinta e dois (04/06/1932), filho de ANTONIO OLIVEIRA COSTA e de LEONOR OLIVEIRA COSTA.
ISABEL MAURICIO DOS SANTOS, natural de Santos, Estado de São Paulo, nascida no dia vinte e dois de abril de mil novecentos e trinta e sete (22/04/1937), filha de BENEDICTO MAURICIO DOS SANTOS e de MODESTA FREDERICO DOS SANTOS.

DATA DE REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO) **DIA** **MÊS** **ANO**
vinte e cinco de maio de mil novecentos e 25 05 1957
cincoenta e sete

REGIME DE BENS DO CASAMENTO
COMUNHÃO GERAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR
A contraente passou a assinar ISABEL DOS SANTOS COSTA.
O contraente continuou a assinar ALAMIR OLIVEIRA COSTA.

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ANOT.01- FALECEU O CONTRAENTE, NO DIA 11/02/2010, EM SÃO VICENTE/SP, ESTANDO O ÓBITO LAVRADO AS FLS. 184 DO LV.0-94 SOB Nº59328 DO REGISTRO CIVIL DE SÃO VICENTE/SP, SANTOS 03 DE MARÇO DE 2010

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé Santos, 03 de março de 2010.

Célia Regina Gama Soares
Escrevente Autorizada
Reg. Civil das P. Nat. do 2º Sub.
SANTOS - SP

CELIA REGINA GAMA SOARES
Escrevente Autorizada
OFICIAL IPESP TOTAL
24,54 4,91 29,45
Digitada por: PAULA RIBERO

FABIO JOSÉ PEREIRA
Oficial Substituto do Reg. Civil
Santos - SP

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais
2º Subdistrito da Sede

Cássio Luiz Pereira
OFICIAL DESIGNADO

Município e Comarca de Santos
Estado de São Paulo

Avenida Conselheiro Nébias, 371 - Encruzilhada
CEP: 11.015-003 - Fone: (13) 3234-2811 / 3224-7454

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DAS P. N. DO 2º SUBDISTRITO
Av. Conselheiro Nébias, 371 - Vila Mathias - Santos - SP
Bel. Cássio Luiz Pereira - Designado
Reconheço por semelhança 01 firma sem Valor econômico
supra de CELIA REGINA GAMA SOARES e dou fé
Santos, 03 de março de 2010
Em testemunho da verdade
FABIO JOSÉ PEREIRA - Oficial Substituto - 13
Valor 3,80 Cart. 0956 G. 47
Válido somente com o Selo de Autenticidade



Cópia Extraída no Reg. Civil
2º Subdistrito - Santos

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL SEM EMENDAS E/OU RASURAS



154796
0300G-AA
0300G-154001-1556000-0210

SERVICÓ DE REG. CIVIL DAS P.N.-20 SUBD.
SANTOS-SP.
JOSÉ JULIO PEREIRA-OFICIAL

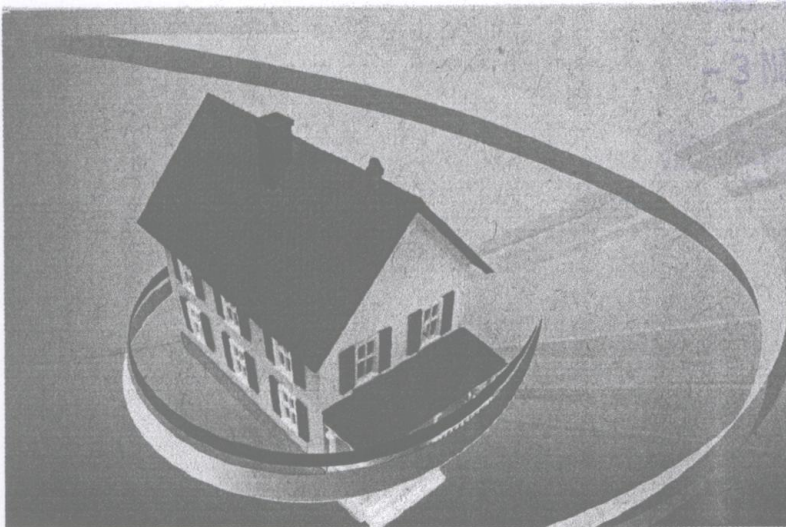
| | | | |
|---|--|--|---|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
| ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3 | | REGISTRO GERAL 5.002.896-0 | DATA DE EXPEDIÇÃO 13/NOV/2008 |
| SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUMT MAIOR DE 65 ANOS | | NOME ISABEL DOS SANTOS COSTA | |
|  POLEGAR DIREITO | | FILIAÇÃO BENEDICTO MAURICIO DOS SANTOS E MODESTA FREDERICO DOS SANTOS | |
|  | | NATURALIDADE SANTOS -SP | DATA DE NASCIMENTO 22/ABR/1937 |
| ASSINATURA DO TITULAR <i>Isabel dos Santos Costa</i> | | DOC. ORIGEM SANTOS-SP | 155 Delegado Divisório CARLOS ANTONIO C. DE SEVERINA de Policia IIRGD.55P:SP |
| 195-016364 | | SEGUNDO SUBDISTRITO CC:LV.B36 /FLS.249V/N.014188 CPF 249622798/15 | |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE | | LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 | |

0956AAS91499
Autenticado
Estado de São Paulo
Cof. de Notarial do Brasil - SP
ARRELI SP

CÓPIA EXTRA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE DO SUBDISTRITO - SANTOS

EM BRANCO

SERVICO DE REG. CIVIL LAL F
SANTOS-SP



Seguro Ouro Residencial

A melhor maneira de garantir a tranquilidade do seu lar.



ISABEL DOS SANTOS COSTA
RUA EDGARD CAVALHEIRO, 327 - ALTOS
VILA JOCKEI CLUBE
11360-170 SAO VICENTE SP

305300



7208043140401930000030530020090210

DATA POSTAGEM: 09/02/10

CÓPIA EXTRAÍDA NO REG. CIVIL
2º SUBDISTRITO - SANTOS

EM BRANCO