



Protocolo de envio de documentos

American Life Cia de Seguros
 Nobre Seguradora do Brasil
 Alfa Previdencia e Vida

Processo nr.

Estipulante: RIO CLARO - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO-AUTOMÁTICO

Segurado ALCIDES BREDA

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PRÓPRIO SEGURADO	MORTE NATURAL	05/03/2014	27/03/2014

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MEDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA CARTA DE CONCESSÃO DE APOSENTADORIA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO EXTRATO BANCARIO DO SEGURADO REF. AO MÊS 03/2014;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO AVERBADA DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS AUTENTICADA;
COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE NEUZA APARECIDA AMÂNCIO BREDA;
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA EM NOME DE NEUZA APARECIDA AMÂNCIO BREDA;
COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE FABIO ADAUTO BREDA;
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA EM NOME DE FABIO ADAUTO BREDA;
COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF, CNH E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE JANIO APARECIDO BREDA;
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA EM NOME DE JANIO APARECIDO BREDA.



Protocolo de envio de documentos

American Life Cia de Seguros
 Nobre Seguradora do Brasil
 Alfa Previdência e Vida

Processo nr.

Estipulante: RIO CLARO - PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO-AUTOMÁTICO

Segurado ALCIDES BREDA

Sinistrado	Causa	Ocorrência	Dt. Aviso
PRÓPRIO SEGURADO	MORTE NATURAL	05/03/2014	27/03/2014

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA CARTA DE CONCESSÃO DE APOSENTADORIA DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DO EXTRATO BANCÁRIO DO SEGURADO REF. AO MÊS 03/2014;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO AVERBADA DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS AUTENTICADA;
COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE NEUZA APARECIDA AMÂNCIO BREDA;
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA EM NOME DE NEUZA APARECIDA AMÂNCIO BREDA;
COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE FÁBIO ADAUTO BREDA;
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA EM NOME DE FÁBIO ADAUTO BREDA;
COPIA AUTENTICADA DO RG, CPF, CNH E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE JÂNIO APARECIDO BREDA;
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA EM NOME DE JÂNIO APARECIDO BREDA.



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 Prefeitura Municipal de Rio Claro		APÓLICE Nº	
SEGURADO Acides Breda	DATA DE NASCIMENTO 26/08/1945	PROFISSÃO Aposentado	ESTADO CIVIL Casado
SINISTRO DE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL	CAUSA <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE	DATA ADMISSÃO 08/09/2004	ÚLTIMO DIA TRABALHADO / /
ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO			
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

Rio Claro, 19 de março de 2014
 LOCAL E DATA

Assessoria de Secretaria
 CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO Acides Breda	DATA DE NASCIMENTO 26/08/1945	PROFISSÃO Aposentado	TELEFONE 35348751
ENDEREÇO Rua 20, 386 Consolidação	CIDADE Rio Claro	UF SP	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE	

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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 atenderem ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

Rio Claro, 19 de março de 2014
 LOCAL E DATA

Jamio Aparecido Breda
 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO
ALCIDES BREDA

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO Domicílio	DATA 05-03-14	HORAS 01:20	FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?	DATA DA 1ª CONSULTA 13-12-2013	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA 22-02-2014
--	-------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--	--

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?
Broncoaspiração

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

B) SECUNDÁRIA
Parkinson

HOUVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO.
Internação Domicílio

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? SIM NÃO

QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?

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

HOUVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS.
Não. Tratado com Ceftriaxona 28 dias x 10 dias - 13-12-13

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.

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Não. Devido ao estado avançado do Mal de Parkinson. O paciente recebeu tratamento no domicílio

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? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	A INVALIDEZ É DEFINITIVA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------------------------	--	---

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO? SIM NÃO

A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É: LABORAL AUTÔNOMICA

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 DEFEITO 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 CARACTERIZÁ-LA? SEM INVALIDEZ COM INVALIDEZ

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

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

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

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO MÉDICO
Zerton Alves Oliveira

CRM Nº
154885/58

ENDEREÇO
Rua M. nº 12 - Santa Clara II

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Rio de Janeiro 17-03-14

LOCAL E DATA

Zerton A. Oliveira
CRM Nº 154885
ASSINATURA E CARIMBO

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

CÉDULA DE IDENTIDADE

NACIONALIDADE BRASILEIRA

ALCIDES BREDA

REGISTRO GERAL

9.196.868

SAO PAULO 07-ABR-1975

REGISTRO GERAL

CONFERENTE

POLEGAR DIREITO

REGISTRO CIVIL DE IDENTIFICACAO CIVIL E CRIMINAL

CASA DA MOEDA DO BRASIL

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

9.196.868

SAO PAULO 07-ABR-1975

REGISTRO GERAL

CONFERENTE

POLEGAR DIREITO

REGISTRO CIVIL DE IDENTIFICACAO CIVIL E CRIMINAL

CASA DA MOEDA DO BRASIL

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

REGISTRO CIVIL de P. NATURAIS
De RIO CLARO

Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé

Rio Claro (SP) 12 MAR. 2014

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO - SP

OFICIAL
Dr. Paulo Fernando Pires da Silveira



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

CIC

NASCIMENTO 26.08.45

INSCRIÇÃO NO CPF 419.852.498-04

CONTRIBUINTE

ALCIDES BREDA

SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO - SP

OFICIAL
Dr. Paulo Fernando Pires da Silveira

REGISTRO CIVIL de P. NATURAIS
De RIO CLARO

Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé

Rio Claro (SP) 12 MAR. 2014





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ : 022440
DATA : 21/08/2004

NOME ALCIDES BREDA	(NIT: 1041659715-4)	OL 21.029.050	NB 134.001.154-6
------------------------------	---------------------	-------------------------	----------------------------

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ(32)**
134.001.154-6 REQUERIDO EM **07/07/2004** COM RENDA MENSAL DE R\$ **784,37** CALCULADA CONFORME ABAIXO.
COM INÍCIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE **07/07/2004**
A PARTIR DE **08/09/2004** COMPAREÇA DIRETAMENTE À AGÊNCIA BANCÁRIA INDICADA NESTE DOCUMENTO, MUNIDO DE SUA IDENTIFICAÇÃO, PARA RECEBER SEU BENEFÍCIO. OS PAGAMENTOS POSTERIORES SERÃO EFETUADOS NO **50** DIA ÚTIL DE CADA MÊS.
CONFIRA O SEU NOME, O ENDEREÇO IMPRESSO ABAIXO, E OS DADOS CADASTRAIS ABAIXO. EM CASO DE ERRO COMPAREÇA A UMA AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL PARA QUE SEJAM PROVIDENCIADAS AS DEVIDAS CORREÇÕES.

CPF: **419852498-04** IDENTIDADE: **9196868 SSP SP** CTPS: **0080621-00167** NASCIMENTO: **26/08/1945**

NOME DA MÃE: **LUZIA COLAGRAI**

ORGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA: **453250 - SANTANDER - RIO CLARO**
AV DOIS, 130

CENTRO

Carlos Gomes Bezerra
CARLOS GOMES BEZERRA
PRESIDENTE DO INSS

VIA SEGURADO

CÁLCULO DE BENEFÍCIOS SEGUNDO A LEI 9876, DE 29/11/1999
(ATIVIDADE PRINCIPAL)

DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR	DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR	DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR
06/2003	648,73	1,1567	750,38	05/2004	750,38	1,0453	784,37				

OBS: CONCESSAO COM BASE NO BENEFICIO ANTERIOR
 NUMERO DE DEPENDENTES : 00
 TEMPO DE SERVICO : 20 GRUPOS DE 12 CONTRIBUICOES
 NUMERO DO BENEFICIO ANTERIOR : 126.394.064.9
 VALOR DO SB ANTERIOR : 648,73
 DIB ANTERIOR : 00/00/0000
 ESPECIE ANTERIOR : 00
 VALOR DO SB CORRIGIDO : 784,37
 RENDA MENSAL INICIAL (EM: R\$) (0,00 X 1,000) 784,37

DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DE ATRASADOS (VALORES EXPRESSOS EM REAL)

DATAS: REGUL.DOCUMENTACAO 16/08/2004 INICIO PAGAMENTO 07/07/2004

07/2004	REND.MENSAL	627,49	COMPL.NEG.	627,49	LIQUIDO	0,00
TOTAL BRUTO		627,49	DESCONTO	627,49	LIQUIDO	0,00

DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DO MES

05/2004	REND.MENSAL	784,37	CRED.CPMF	0,45	AD ARRED CRE	0,92
	COMPL.NEG.	657,29				
TOTAL BRUTO		785,77	DESCONTO	657,29	LIQUIDO	128,48

OBS: E DE CINCO ANOS O PRAZO DE DECADENCIA PARA REVISAO DO ATO DE CONCESSAO, CONFORME LEI 8213/91 ART 103.

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0172-4 CONTA: 12.325-0
CLIENTE: ALCIDES BREDA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----17/02/2014-----		
Saldo Anterior		5,570
-----10/03/2014-----		
Tarifa Pacote de Servicos 208316		11,000
Tarifa referente a 10/03/2014		
Saldo		5,430
-----12/03/2014-----		
Beneficio	001154	1.715,710
S A L D O		1.710,260

Limite Conta Eletronica	850,000
Saldo Disponivel	2.530,260
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	07/04/2014
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/04/2014

(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.

Dias de Uso Ch. Especial 02

Taxa Cheque Especial	6,64% an 113,29% aa
Tributos (IOF)	0,38% -- 0,0041% ad
Custo Efetivo Total	7,14% an 131,50% aa
Vencimento	30/04/2014

Informacoes Complementares -- CET (*)

	R\$	%
Valor total devido	854,27	-
Valor liberado	850,00	99,50
Despesas vinculadas		
-IOF	4,27	0,50

(*) Simulacao para utilizacao unica e integral do limite por 30 dias.

Quer reduzir as taxas de juros do cheque especial e do credito rotativo Ourccard? Acesse o menu COMPRATODOS e faça sua Declaracao de Salario no BB ou procure sua agencia para aderir ao pacote de servicos COMPRATODOS e contar com beneficios exclusivos.

OBSERVAÇÕES:

BB Covers. Pre-venda exclusiva com Ourccard de 18/03 ate as 18h do dia 22.03. bbcovers.com.br

Central de Atendimento BB
4004 0001 / 0800 729 0001
Para deficientes auditivos
0800 729 0088

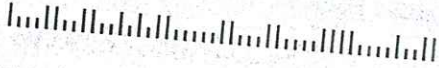
Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.



PREVIDÊNCIA SOCIAL
DATAPREV



002096



ALCIDES BREDA
R 20 N 386
CONSOLACAO
RIO CLARO SP
13503-310



5001001663424600000002216830310804

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral, que a receberá por meio do PREVFone 0800-780191 ou pelo e-mail ouvidoria@df.previdenciasocial.gov.br

REMETENTE
INSS
AG RIO CLARO
RUA TRES, 1026
CENTRO
RIO CLARO - SP
13500-910

022440

- MUDOU-SE
- ENDEREÇO INSUFICIENTE
- NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
- DESCONHECIDO

- RECUSADO
- NÃO PROCURADO
- AUSENTE
- FALECIDO

- INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:/...../.....

.....
RESPONSÁVEL

.....
VISTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
** ALCIDES BREDA **

MATRÍCULA:
** 115543 01 55 2014 4 00139 266 0070527-37 **

SEXO MASCULINO COR branca ESTADO CIVIL E IDADE casado - 68 ANOS DE IDADE

NATURALIDADE ITIRAPINA-SP DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG 9196868 ELEITOR SIM.

FILIAÇÃO E RESIDENCIA Sebastião Breda e Luzia Colagrai ***
RESIDENTE NA RUA 20 N° 386, CONSOLAÇÃO, RIO CLARO, SP ***

DATA E HORA DO FALECIMENTO CINCO DE MARÇO DE DOIS MIL E QUATORZE - À 01:20 H DIA 05 MÊS 03 ANO 2014

LOCAL DE FALECIMENTO EM DOMICILIO, SITO NA RUA 20 N° 386, CONSOLAÇÃO, RIO CLARO, SP

CAUSA DA MORTE PARADA CARDIO RESPIRATÓRIA, BRONCOPNEUMONIA, BRONCOASPIRAÇÃO, PARKINSON (MORTE NATURAL) ***

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) SEPULTADO NO CEMITÉRIO SÃO JOÃO BATISTA DE RIO CLARO, SP. DECLARANTE NEUZA APARECIDA AMANCIO BREDA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO Dra. LUISA CHERUBINI AGUILAR - CRM 163.700

OBSERVAÇÕES O finado era casado com Neuza Aparecida Amancio Breda em Rio Claro, SP aos 15/04/1972, era eleitor, não deixou bens a inventariar, deixando os seguintes filhos: Fabio, com 38 anos e Jânio, com 35 anos. Era o que me cumpria certificar. ***

REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO
PAULO FERNANDO PIRES DA SILVEIRA - Oficial
RUA 5° 540, CENTRO - RIO CLARO - SP CEP: 13500-040
Tel/Fax: (19) 3524-5020
E-mail: crcrioclaro@terra.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
RIO CLARO, 10 de março de 2014

ANTONIO CARLOS MAZZEO JUNIOR
ESCREVENTE AUTORIZADO
ISENTO DE EMOLUMENTOS

REGISTRO CIVIL de P NATURAIS
De RIO CLARO
Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé.
Rio Claro (SP) 12 MAR. 2014

VÁLIDO SOMENTE COM O Selo de Autenticidade





REGISTRO CIVIL de P. NATURAIS
De RIO CLARO

Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

**** ALCIDES BRED A ****

**** NEUZA APARECIDA AMANCIO ****

MATRÍCULA:

**** 115543 01 55 1972 2 00089 178 0016122-68 ****

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

ALCIDES BRED A, nascido no dia vinte e seis de agosto de mil novecentos e quarenta e cinco (26/08/1945), Itirapina, SP nacionalidade brasileira, filho de **SEBASTIÃO BRED A** e de **LUZIA COLAGRAI**.***

NEUZA APARECIDA AMANCIO, nascida no dia vinte e cinco de maio de mil novecentos e cinquenta e três (25/05/1953), Ipeuna, SP nacionalidade brasileira, filha de **SEBASTIÃO AMANCIO FILHO** e de **JOVINA DE LIMA AMANCIO**.***

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

quinze de abril de mil novecentos e setenta e dois

DIA	MÊS	ANO
15	04	1972

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS ***

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

ELE: Continua a usar o MESMO NOME. ***

ELA: Passou a usar o nome de NEUZA APARECIDA AMANCIO BRED A. ***

OBSERVAÇÕES

ANOTAÇÃO: Alcides Breda, faleceu em Rio Claro, SP, aos 05/03/2014. (as), Mauricio Pereira Lima. Era o que me cumpria certificar.***

REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO
PAULO FERNANDO PIRES DA SILVEIRA - Oficial
RUA 5º 540, CENTRO - RIO CLARO - SP CEP: 13500-040
Tel/Fax: (19) 3524-5020
E-mail: crorioclaro@terra.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
RIO CLARO, 12 de março de 2014

SONIA ALVES DE CARVALHO
ESCREVENTE AUTORIZADA

EMOLUMENTOS

Ao Oficial: R\$ 30.12; Ao IPESP: R\$ 6.03; Total: R\$ 36.15



Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais - Oficial Paulo Fernando Pires da Silveira
Rua 5, Nº: 540 - Centro - CEP: 13500-040 - Tel.: (19) 3524-5020 - Rio Claro/SP

Reconheço SEMELHANTE a firma seu valor:
SONIA ALVES DE CARVALHO,
RIO CLARO, 12 de março de 2014.
Em Teste da verdade.



CLAIR CARINA NETE BELLUCIO - ESCRIVENTE (RUA 5º) TOTAL R\$ 4,50

SOLTEIRO COM O ANTECEDENTE

Clair Carina Nete Bellucio
Escritora Autorizada
valor cobrado
AUTENTICAÇÃO

0871AA107965

18 MAR. 2014



Detalhamento da Matrícula

Matrícula	0018830155 1987 1 0003 050 0000533 31
Padrão	aaaaaabbcc dddd e ffff ggg hhhhhh ii
	Detalhamento
aaaaa (00188-3)	Código Nacional da Serventia (identificação única do cartório)
bb (01)	Código do Acervo, sendo: 01 - Acervo Próprio Outros - Acervos Incorporados
cc (55)	Tipo de Serviço Prestado, sendo: 51: Serviço de Notas 52: Serviço de Protesto de Títulos 53: Serviço de Registro de Imóveis 54: Serviço de Registro de Títulos e Documento Civil de pessoa jurídica 55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais 56: Serviço de Registro de Contratos Marítimos 57: Registro de Distribuição
dddd (1987)	Ano do Registro
e (1)	Tipo do livro, sendo: 1: Livro A (Nascimento) 2: Livro B (Casamento) 3: Livro B Auxiliar (Registro de casamento religioso para fins civis) 4: Livro C (Óbito) 5: Livro C Auxiliar (Registro de Natimortos) 6: Livro D (Registro de Proclamas) 7: Livro E (Demais atos relativos os Registro Civil)
ffff (0003)	Número do livro
ggg (050)	Número da folha
hhhhhhh (0000533)	Número do Termo
ii (31)	Digito Verificador

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
De RIO CLARO
Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme
original a mim apresentado, do que dou fé

Rio Claro
(SP)

18 MAR 2014



Detalhamento da Matrícula

Matrícula	0018830155 1987 1 0003 050 0000533 31
Padrão	aaaaabbcc dddd e ffff ggg hhhhhh ii
Detalhamento	
aaaa (00188-3)	Código Nacional da Serventia (identificação única do cartório)
bb (01)	Código do Acervo, sendo: 01 - Acervo Próprio Outros - Acervos Incorporados
cc (55)	Tipo de Serviço Prestado, sendo: 51: Serviço de Notas 52: Serviço de Protesto de Títulos 53: Serviço de Registro de Imóveis 54: Serviço de Registro de Títulos e Documento Civil de pessoa jurídica 55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais 56: Serviço de Registro de Contratos Marítimos 57: Registro de Distribuição
dddd (1987)	Ano do Registro
e (1)	Tipo do livro, sendo: 1: Livro A (Nascimento) 2: Livro B (Casamento) 3: Livro B Auxiliar (Registro de casamento religioso para fins civis) 4: Livro C (Óbito) 5: Livro C Auxiliar (Registro de Natimortos) 6: Livro D (Registro de Proclamas) 7: Livro E (Demais atos relativos ao Registro Civil)
ffff (0003)	Número do livro
ggg (050)	Número da folha
hhhhhhh (0000533)	Número do Termo
ii (31)	Dígito Verificador

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro e transcrição de nascimento, casamento e óbito

Atenção: A declaração deverá ser feita pelo(s) herdeiro(s), com o devido reconhecimento da(s) firma(s).

DECLARAÇÃO

Os abaixo assinados, declaram para os devidos fins e efeitos de direitos e sob as penas da lei, de livre e espontânea vontade e sem ser coagidos, que (nome) Cláudio Breda brasileiro (a), portador do RG nº 9.196.868, CPF nº 419.852.498-04, faleceu no dia 5/3/14, no estado civil Casado (verificar em qual desses estados civis faleceu: separado (a) judicialmente, solteiro (a) ou viúvo (a), tendo como único(s) herdeiro(s), na qualidade de _____ (parentesco):

1º) Fábio Edanto Breda (FILHO)

2º) JANIO APARECIDO BREDA (FILHO) NEUZA AP. AMANCIO BREDA (ESPOSA)

os que abaixo firmam chamam para si solidariamente a responsabilidade tanto na esfera administrativa como na judiciária, por eventuais herdeiros que possam surgir como beneficiários(as) do seguro de Vida/ou Acidentes Pessoais, deixando pela morte do segurado já mencionado.


Por expressão da verdade firmam o presente juntamente com duas testemunhas abaixo qualificadas.

Dados do (os) herdeiro (os):


Nome completo do herdeiro: Neuza Aparecida Amancio Breda
CPF: 115.378.378-93 RG 21.401.493
Local e data: RIO CLARO 18 DE MARÇO DE 2014

Assinatura: Neuza Breda 

Nome completo do herdeiro: Fábio Edanto Breda
CPF: 190.243.168-55 RG 23.401.494
Local e data: RIO CLARO 18 DE MARÇO DE 2014

Assinatura: Fábio Edanto Breda 

Nome completo do herdeiro: Janio Aparecido Breda
CPF: 190.243.198-70 RG 21.401.495-2
Local e data: RIO CLARO 19 de março de 2014

Assinatura: Janio Aparecido Breda 

Nome completo do herdeiro: _____
CPF: _____ RG _____
Local e data: _____


Assinatura: _____

TESTEMUNHAS

Nome: Line Regina de Figueiredo
RG: 32.990.347-21 CPF 286687088-30

Assinatura: Line Regina de Figueiredo

Nome: Luci Aparecida Benaldo de Angel.
RG: 8.737.840-1 CPF 076.232.928.97

Assinatura: Luci Aparecida Benaldo de Angel. 

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 779-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT




Neuzaparecida Amâncio Breda
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO - SP
OFICIAL
Dr. Paulo Fernando Pires da Silveira

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.401.493 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/SET/86/

NOME NEUZA APARECIDA AMÂNCIO BREDA

FILIAÇÃO Sebastião Amâncio Filho
Jovina de Lima Amâncio

NATURALIDADE IPEÚNA SP. DATA DE NASCIMENTO 25/MAI/1953/

DÓC ORIGEM Rio Claro SP./Rio Claro

CC.LVº.B.89/Fls.178Vs./nº16.122

CPF

Dr. Paschoal Mantecor Delegado de Polícia

REGISTRO CIVIL de P NATURAIS URGD SSP SP

LEI Nº 11.022 DE 20.06.63

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Autêntica a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé

Rio Claro (SP) 12 MAR. 2014



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

033/0050 8

28/08/86

BAN A

L 81091/6979

NOME, MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DESEMPENHADOR DA EMISSÃO

APROVADO PELA INSTITUIÇÃO NORMATIVA DO SRE

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO - SP
OFICIAL
Dr. Paulo Fernando Pires da Silveira

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº DE INSCRIÇÃO 116376378-03

NOME COMPLETO NEUZA APARECIDA AMÂNCIO BREDA

DATA DE NASCIMENTO 25.05.1953

ASSINATURA Neuzaparecida Amâncio Breda

TERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

REGISTRO CIVIL de P NATURAIS De RIO CLARO
Autêntica a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé.

Rio Claro (SP) 12 MAR. 2014





1º Tabelião de Notas - Valdir José Inforzato

Rua 5, 855 - Centro - Rio Claro/SP - Fone: (19) 3524-2452 - Fax: (19) 3534-5841 - Cep 13500-040
www.cartorioinforzato.com.br

Reconheço por Semelhança (C/VI. Econômico) a(s) firma(s) de, NEUZA APARECIDA, AMANCIO BREDA, FABIO ADAUTO BREDA, D ou Fe. ***

Rio Claro-SP, 18 de Março 2014 12:04:00

Em Testo.. da verdade

Valido c/sglo Aut. - Valor R\$13.60-ALINE FERNANDA BARBOS

1º TABELIÃO INFORZATO
Aliné Fernanda Barbosa
Escrevente Autorizado

ESTE TABELIONATO ESTA FILIADO
A CENTRAL DE SINAL PÚBLICO. CONSULTE-O
www.sinalpublico.org.br



REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS - DISTRITO DE AJAPI - RIO CLARO/SP
Lilian Cornetta • TABELIA/OFICIALA
R. 3, 325 • Dist. de Ajapi • Rio Claro/SP • CEP: 13508-000 • Tel.: (19) 3538-1121 • E-mail: cartorioajapi@hotmail.com

Reconheço, em documento com valor econômico, por semelhança, as firmas JANIO APARECIDO BREDA, ALINE CRISTINA DE ANGELI BREDA. Dou fe. *****

Ajapi(SP), 19 de março de 2014.

Em test. da verdade
Andreza Fernanda Bellan de Andrade - Escrevente Substituta



REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS - DISTRITO DE AJAPI - RIO CLARO/SP
Lilian Cornetta • TABELIA/OFICIALA
R. 3, 325 • Dist. de Ajapi • Rio Claro/SP • CEP: 13508-000 • Tel.: (19) 3538-1121 • E-mail: cartorioajapi@hotmail.com

Reconheço, em documento com valor econômico, por semelhança, a firma LAUDI APARECIDA BONALDO DE ANGELI. Dou fe. *****

Ajapi(SP), 19 de março de 2014.

Em test. da verdade
Andreza Fernanda Bellan de Andrade - Escrevente Substituta

Nota Fiscal Fatura de Serviços de Telecomunicações

Nº 11535-2.154.827/03/14-00001/00001
 Emissão 06/03/2014 Série: 1
 Regime Especial Proc. DRT 1-14387-90

Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1376 - Classe Lanydes
 São Paulo - SP - CEP:04571-936
 Inscrição Estadual 108363948112 CNPJ/MF: 02.568.157/0001-6
 http://www.vivo.com.br

7846 - 8

Local 11535
 Telefone 3534-8751 0 DV 0
 NRC 01187156156 Uso RESIDENCIAL
 Inscrição Estadual nº
 CNPJ / CPF Nº 115.378.378-93

CDD RIO CLARO SPI 1
 NEUZA APARECIDA AMANCIO BREDA
 R VINTE 386 - CONSOLACAO
 13503-310 RIO CLARO - SP

Total da Fatura Vencimento Mês
 63,79 15/03/2014 03/2014

Reservado ao Fisco: 91F9 A0E6 A6D6 9A8E AACCE 3C02 4A07 E515

Assinatura Mensal		Valor(R\$)					
001	MENSALIDADE FAVORITOS VIVO 30/01/14 A 28/02/14	0,00					
002	200 MIN FX-FX LOCAL 16/02/2014 A 15/03/2014 16/02/14 A 15/03/14	41,62					
Subtotal		41,62					
Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Normal							
	MINUTOS UTILIZADOS	389,6 MIN.					
	UTILIZADOS VOZ	389,6 MIN.					
	MINUTOS ADICIONAIS	197,6 MIN.					
003	ADICIONAIS VOZ	197,6 MIN.					
Subtotal		20,38					
Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Simples							
	MINUTOS UTILIZADOS	10,0 MIN.					
	UTILIZADOS VOZ	10,0 MIN.					
	MINUTOS ADICIONAIS	2,0 MIN.					
004	ADICIONAIS VOZ	2,0 MIN.					
Subtotal		0,20					
Ligações para Celular							
Data	Telefone	Localidade	Operad.	Início	Duração	Modalidade	Valor
005	30/01/2014	99667-7757	AREA-19	VIVO	16H37M12	5,3 FAVORITOS	0,00
006	30/01/2014	99667-7757	AREA-19	VIVO	18H41M02	1,4 FAVORITOS	0,00
007	05/02/2014	99762-2114	AREA-19	VIVO	19H29M45	2,7 NORMAL	1,59
008	11/02/2014	99658-7887	AREA-19	VIVO	17H10M15	0,9 FAVORITOS	0,00
009	14/02/2014	99667-7757	AREA-19	VIVO	14H13M38	2,3 FAVORITOS	0,00
010	14/02/2014	99667-7757	AREA-19	VIVO	14H16M14	9,6 FAVORITOS	0,00
011	21/02/2014	99667-7757	AREA-19	VIVO	07H23M54	0,5 FAVORITOS	0,00
012	26/02/2014	99658-7887	AREA-19	VIVO	17H43M09	0,5 FAVORITOS	0,00
Subtotal							1,59

REGISTRO CIVIL de P. NATURAL
 De RIO CLARO
 Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé
 Rio Claro (SP)
 12 MAR. 2014



À PRESENTE CÓPIA É PARTE DE UM DOCUMENTO

ICMS: Base de Cálculo: 63,79 Aliquota: 25% Valor do ICMS: 15,96

Para sua comodidade, cadastre já sua conta em Débito Automático
Basta preencher este formulário com seus dados e entregar no seu Banco

Autorização para Débito Automático

Autorizo o débito automático mensal em minha conta corrente dos valores constantes da Nota Fiscal de Serviços de Telecomunicações da Telefonica

Nome	NRC da Conta 01187156156
CPF/CNPJ	Banco
Agência	Conta Corrente
Data / /	Assinatura

**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 Neuza Aparecida Amâncio Breda, portador do RG nº 21.401.493, expedido por SSP/SP, na data de 15/09/86 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 115 378 378 93, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Calceides Breda, 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)

Neuza Aparecida Amâncio Breda

Número de Banco e Nome	Número da Conta e Dígito	Número da Agência (sem dígito)
<u>237 Bradesco</u>	<u>013 70 79 10</u>	<u>0187</u>

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

Rio Claro 19-03-2014Neuza Aparecida Amâncio Breda
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.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8240-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO

Fábio Adauto Breda
ASSINATURA DO TITULAR

3713-094747

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.401.494-0 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/JAN/2014

NOME FÁBIO ADAUTO BREDA

FILIAÇÃO ALCIDES BREDA

E NEUZA APARECIDA AMANCIO BREDA

NATURALIDADE RIO CLARO -SP DATA DE NASCIMENTO 05/SET/1975

DOC ORIGEM RIO CLARO-SP
RIO CLARO
CC:LV.B175/FLS.270 /N.041728

CPF 190243168/55

195 Delegado Divisionário
Roberto SIAKURA DO BULTRIO IIRGD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO - SP

OFICIAL
Dr. Paulo Fernando
Pires da Silveira

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE.

REGISTRO CIVIL de P. NATURAIS
De RIO CLARO

Autêntica a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé

Rio Claro (SP) 12 MAR. 2014

SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

SELO DE AUTENTICIDADE

0871AA107683

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVA TORIO DE INSCRIÇÃO AO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE INSCRIÇÃO EM REGISTRO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS, PARA QUALQUER OPERAÇÃO DE NATUREZA FISCAL, PASSADA À UNIDADE LOCAL DA RECEITA DA REPÚBLICA FEDERAL.

CARTEIRO DE REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO - SP

08.1.1.2.0.6-1

18 112 191

ARF - RIO CLARO

JOSE CARLOS DOS SANTOS LAJESCA
Aux. Informática

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO - SP

OFICIAL
Dr. Paulo Fernando
Pires da Silveira

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

190243168 55

FÁBIO ADAUTO BREDA

05.09.1.975

Fábio Adauto Breda

VÁLIDA SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE.

REGISTRO CIVIL de P. NATURAIS
De RIO CLARO

Autêntica a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé

Rio Claro (SP) 12 MAR. 2014

SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

SELO DE AUTENTICIDADE

0871AA107682

Número do cartão
5447 XXXX XXXX 5463

Bandeira
MASTERCARD

Vencimento
10/03/2014

Total desta Fatura
R\$ 39,00

Pagamento Mínimo
R\$ 20,00

Histórico das Despesas

Data	Descrição	R\$	US\$
	FABIO ADAUTO BREDA	5463	
	Transações Nacionais		
06/02	DROGAL RIO CLARO	13,00	
06/02	DROGAL RIO CLARO	13,00	
10/02	PAGTO FATURA-AUTO ATENDIM	-44,99	
20/02	CEA 773 - DQS	13,00	
	(+) Despesas/Débitos no Brasil	39,00	
	(+) Despesas/Débitos no Exterior	0,00	0,00
	(=) Saldo deste cartão	39,00	
	Saldo Anterior	44,99	
	(+) Encargos	0,00	
	(+) Total despesas/Débitos no Brasil	39,00	
	(+) Total despesas/Débitos no Exterior	0,00	0,00
	(-) Total de pagamentos	44,99	
	(-) Total de créditos	0,00	
	(=) Saldo Desta Fatura	39,00	

REGISTRO CIVIL de P NATURAIS
De RIO CLARO
Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme
original a mim apresentado de que dou fé
Rio Claro (SP) 17 MAR. 2014



0871AA107953

Livre de Anuidade e Tarifas

Você usa o seu Santander FREE todo mês e fica livre de anuidade e tarifas para sempre¹

Limites

LIMITE TOTAL do Cartão de Crédito	R\$	1.250,00
Do limite total, limite para saque a Vista*	R\$	310,00
limite para saque parcelado*	R\$	0,00
LIMITE DISPONÍVEL em 25/02/2014:	R\$	1.211,00

* A utilização destes limites comprometerá o limite total do cartão.

Parcelas a Vencer

Não existem parcelas a vencer para este cartão.

Serviços

CONTAPAGA

Pague suas contas com cartão de crédito e concentre em uma única data os pagamentos de água, luz, gás, telefone ou ficha de compensação, como por exemplo uma fatura de cartão de outro banco. Assim, você pode ter até 40 dias¹ para pagar as suas contas e ainda ganha bônus no programa SuperBônus² do Santander.

¹ Este prazo poderá variar em função da data de pagamentos da conta e do vencimento da fatura do cartão.

² Este benefício é válido para cartões que participam do programa de recompensas SuperBônus.

Data do fechamento da Fatura: 25/02/2014
Melhor data para as compras: 01/04/2014

25/02 Cotação do Dólar 2,4561
IOF Incidente Compras no Exterior de 6,38%

Encargos

Taxas para o próximo período:	
Pagamento Parcial	15,99%
Saques	19,99%
Compras Parceladas c/ juros	0,90%
Parcelamento de Fatura	9,99%
Custo Efetivo Total a a (no período)	17,00%

Pagando apenas o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, os encargos a serem pagos na próxima fatura serão de: R\$ 3,23

SuperBônus

Período de aquisição de 16/01/2014 à 15/02/2014

Os valores representam o saldo de bônus de todos os seus cartões que fazem parte do Programa SuperBônus

Saldo Anterior:	448
(+) Bônus Ganhos por Compras	8
(=) Saldo Atual:	456

Para maiores informações ligue na Central de Atendimento Santander

Informações Importantes

LEMBRE-SE: PARA FICAR LIVRE DA ANUIDADE, USE SEU CARTÃO SANTANDER FREE TODO MÊS EM PELO MENOS UMA COMPRA, DE QUALQUER VALOR, NO CRÉDITO. CONFORME DIVULGADO NA TABELA DE SERVIÇOS

Santander		033-7	03399.49281 36918.956495 24546.309030 9 00000000000000			Santander	
Agência Receptora PAGAVEL EM QUALQUER AGENCIA BANCARIA					Vencimento CONTRA APRESENTAÇÃO		Número do Cartão 5447 XXXX XXXX 5463
Cedente Banco Santander (Brasil) S.A.					Agência/Cód. Cedente 050 04 92836 9		Nosso Número 1895649245463
Data Documento 25/02/2014	Número do Documento 0059660000789160	Espécie FT-CI	Aceite N	Data Process 25/02/2014	Nosso Número 1895649245463		Vencimento CONTRA APRESENTAÇÃO
Use Banco CENTRAL	Carteira COB	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do documento 0059660000789160		Total desta Fatura R\$ 39,00
Instruções PREENCHER O VALOR A SER PAGÓ NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMO E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PROXIMA FATURA MENSAL. APOS 30/03/2014, PAGAR SOMENTE NAS AGENCIAS DO SANTANDER.							Pagamento Mínimo R\$ 20,00
							RECIBO DO CLIENTE
FABIO ADAUTO BREDA AV M 13 187 VILA MARTINS 13505-146 RIO CLARO SP							Autenticação no verso
CDD CIDADE AZUL SPI 1 7208288526269701500004684720270214							
Sacado Autenticação Mecânica Ficha de Compensação							



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 FÁBIO ADAUTO BREDA, portador do RG nº 21.401.494-0, expedido por SSP/ SP, na data de 25/01/2014 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 190 243 168 -55, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por ALCIDES BREDA, 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)

FÁBIO ADAUTO BREDA

Número de Banco e Nome 0033 SANTANDER Número da Conta e Dígito 0103095412 Número da Agência (sem dígito) 0059

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

RIO CLARO 19 DE MARÇO DE 2014

Fábio Adauto Breda

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.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 550299732

NOME: JANIO APARECIDO BREDA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 21401493 SBE/SP

CPF: 190.243.198-70 DATA NASCIMENTO: 23/02/1979

FILIAÇÃO: ALCIDES BREDA
 NEUZA AP AMANCIO BREDA

PERMISSÃO: ACC CAT. HABIL. AC

Nº REGISTRO: 02214251150 VALIDADE: 07/03/2017 1ª HABILITAÇÃO: 07/05/1997

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RIO CLARO, SP DATA EMISSÃO: 07/03/2012

REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS
 DE RIO CLARO - SP - SÃO PAULO

13 MAR. 2014

Lilian Cometta Tabelião
 Andreza Fernanda Bellan de Andrade Escrevente

PREÇO POR AUTENTICAÇÃO RS 2,00
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

0867AA088153

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de Inscrição
 190.243.198-70

Nome
 JANIO APARECIDO BREDA

Nascimento
 23/02/1979

Local 11009 Uso RESIDENCIAL
Telefone 3539-1069 0 DV 0 NRC 03253448683
 Total da Fatura 72,46 Vencimento 15/02/2014 Mês 02/2014



CDD CIDADE AZUL SP1 1
 JANIO APARECIDO BREDA
 R QUATRO 570 AP 6- DIS AJAPI
 13508-970 RIO CLARO - SP



7213148850014720000007233120060214

Vencimento
15/02/2014

Central de Relacionamento:
 10315

SERVIÇOS

SERVIÇOS	VALOR (R\$)
Planos de Minutos - Ligações Locais	41,90
Outros Serviços	29,80
Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Normal	0,46
Ligações para Celular	0,30

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC): 103 15.
Pessoas com deficiência de fala/audição, acesso pelo 142.
Para saber qual a loja Vivo mais perto de você ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br



REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE NOTAS
 Distrito de Ajapi Município e Comarca de Rio Claro
 Estado de São Paulo Tel: (19) 3538-1121
 Autenticou a presente cópia fotostática conforme original a mim apresentado nesta data que dou fé.

13 MAR. 2014

Lillian Cornetta Tabeliã
 Andreza Fernanda Bellan de Andrade Escrevente
 PAGO POR AUTENTICAÇÃO R\$ 2,60
 VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

TOTAL A PAGAR

72,46

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

Para realizar ligações de longa distância, consulte os Códigos das Prestadoras: 12-CTBC 15-VIVO 17-TRANSIT 18-SPIN TELECOM 19-ÉPSILON 21-EMBRATEL 23-INTELEG 24-DIALDATA 25-GVT 26-IDT 28-T-LESTE 31-TELEMAR 32-CONVERGIA 34-ETML 35-EASYTONE 36-DSL1 VOX 38-TESA 41-TIM 42-GT GROUP 45-GLOBAL CROSSING 46-HOJE TELECOM 47-BT COMMUNICATIONS 49-CAMBRIDGE 57-ITACEU 58-VOITEL 61-NEXUS 62-OTS OPTION 63-HELLO BRAZIL 65-TELECOM 66-67-E-1 72-LOCWEB 73-PLUMIUM 75-VIPWAY 76-SMART VOIP 81-DATORA TELECOM 85-AMERICA NET 89-KONECTA 91-IP CORP TELECOM 96-AMIGO TELECOM 98-ALPHA NOBILIS. ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para deficientes auditivos.



O processo de faturamento das ligações está Certificado conforme Resolução 426 de 09/12/2005 (artigo 16).

Participe do Conselho de Usuários da Vivo.

Para mais informações, acesse
www.vivo.com.br/conselhodeusuarios

vivo
15

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

DESTAQUE AQUI

TELEFÔNICA BRASIL S.A.

Local 11009 Telefone 3539-10690 Mês 02/14 DV 4

O DÉBITO SERÁ AUTOMÁTICO NO BANCO: 237 AGÊNCIA: 0187

OBS.: CASO NÃO OCORRA O DÉBITO EM SUA CONTA CORRENTE, POR MOTIVOS DE SEU CONHECIMENTO, UTILIZE ESTA CONTA PARA PAGAMENTO EM QUALQUER BANCO AUTORIZADO.

Débito Automático

vivo

Autenticação do Agente Autorizado - Não vale como recibo

846200000004 724610298993 717310012017 402069999991





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 Jânio Aparecido Breda, portador do RG, nº 21.401.495-2, expedido por SSP / SP, na data de 05/05/2008 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 198.243.198-70, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Alcides Breda, 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)

Celine Cristina de Angelis Breda - Jânio Aparecido Breda

Número de Banco e Nome

Número da Conta e Dígito

Número da Agência (sem dígito)

237 - Bradesco

0078337 14

0187

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

Rio Claro 19 de março 2014

[Assinatura]
 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.