



Prefeitura Municipal de Rio Claro - SP

Diretoria de Gestão de Pessoas

À

AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Enviamos documentos abaixo para encaminhamento à American Life Companhia de Seguros

NOME DO SEGURADO: AMADEU GOMES

☒ **SEGURO AUTOMÁTICO**

☐ **SEGURO FACULTATIVO**

☐ **FALECIMENTO DO CONJUGE**

☒ **FALECIMENTO DO SEGURADO (A)**

☐ **REEMBOLSO FUNERAL**

☐ **D.I.T.**

☐ **CESTA BASICA**

☒ **OUTROS DOCUMENTOS:** Aviso de sinistro; Cópia autenticada do RG e CPF do segurado; Cópia autenticada da certidão de óbito do segurado; Cópia autenticada do comprovante de residência do segurado; Holerite do mês do evento; Declaração de únicos herdeiros; Certidão de óbito autenticada; Cópia autenticada do RG e CPF da beneficiária; Declaração que a beneficiária não possui comprovante de residência em seu nome; Autorização de pagamento; Cópia autenticada dos documentos pessoais das testemunhas; Cópia simples do prontuário médico.

ENTREQUE EM. ____/____/2016

American Life Companhia de Seguros

**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 <i>Amadeu Gomes</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>04/11/1940</i>	PROFISSÃO <i>apensado</i>
SINISTRO DE ☒ MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ PROFISSIONAL		DATA ADMISSÃO <i>01/12/1953</i>	ESTADO CIVIL <i>casado</i>
CAUSA ☒ NATURAL ☐ DOENÇA ☐ ACIDENTE		ÚLTIMO DIA TRABALHADO	ÚLTIMO SALÁRIO <i>Complementação</i>
ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? ☐ SIM ☐ NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO			
De <i>___/___/___</i> a <i>___/___/___</i> - Motivo :			
De <i>___/___/___</i> a <i>___/___/___</i> - Motivo :			
De <i>___/___/___</i> a <i>___/___/___</i> - Motivo :			
De <i>___/___/___</i> a <i>___/___/___</i> - Motivo :			
Estava aposentado? ☒ SIM ☐ NÃO Desde quando? <i>1995</i> - Motivo :			

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE
<i>Zulmira Jacinto de Góes Gomes</i>	<i>esposa</i>	<i>Av: 54 N: 3609 Vila Olinda</i>	<i>70 anos</i>

Rio Claro, 20/09/2016

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

Naara Silva de Lucas
Assistente de Gestão Municipal
Mat. 20158**INFORMAÇÕES DO SEGURADO**

SEGURADO <i>Amadeu Gomes</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>04/11/1940</i>	PROFISSÃO <i>apensado</i>	TELEFONE <i>35573291</i>
ENDEREÇO <i>AV: 54 N: 3609 Vila Olinda</i>		CIDADE <i>Rio Claro</i>	UF <i>SP</i>	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE		

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS*999209317*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
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.

Rio Claro, 20/09/16

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

FIRMA*Zulmira Jacinto de Góes Gomes*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **23.016.179-0** 2 via - DATA DE EXPEDIÇÃO **08/07/2016**

NOME
 AMADEU GOMES

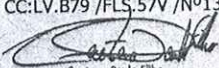
FILIAÇÃO
 **JOÃO PEDRO GOMES
ZULMIRA PINTO**

NATURALIDADE
 CORUMBATAI - SP

DATA DE NASCIMENTO
 04/11/1940

DOC ORIGEM
 RIO CLARO-SP RIO CLARO CC:LV.B79 /FLS.57V /Nº13034

COP
 330229508/10


Caetano Paulo Filho
Delegado de Polícia Divisório IIRGD.SSP.SP

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





ELEKTRO
Eleticidade e Serviços S.A.

R. Ary Antonio de Souza, 321 - 13053-024 - Campinas - SP
CNPJ 03.328.280/0001-87 - Insc. Est. 244.868.522-118
Av. Sadameria Ladeira, 2332 - 79010-070 - Jacinto Almeida - Tira Lages - MS
CNPJ 01.328.280/0001-78 - Insc. Est. IE 28.304.126-9

www.elektro.com.br

Seu Código
5120063

Nota Fiscal / Conta de energia elétrica 722064

Próxima Leitura	Conta do Mês	Vencimento	Valor R\$
09/09/2016	AGOSTO/2016	18/09/2016	307,16

AMADEU GOMES
AV 54, 1609 - JD ALFREDO KARAN - RIO CLARO - SP
Loc/Etapa/Liv: 0031,06,008180 - CEP 13504080

Reservado ao Fisco: E132.250F.F93B.13EA.0417.6285.2482.76A8 Período Fiscal 08/2016
CPF / CNPJ: 33022950810 Controle: 01-20163080382021-89
Data de Emissão: 09/08/2016 Data de Apresentação: 09/08/2016

Discriminação da Operação	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Energia Elétrica	390,00	0,730743	284,99
Outros Lançamentos			22,17
Valor Total			307,16

Dados de Cadastro		Classificação
Medidor/Constante	M12099803/1,00	RESIDENCIAL/RESIDENCIAL NORMAL MONOFASICO
Tensão Nominal ou contratada (v)	127 / 220	Limite adequados de tensão (v) 116 A 133
		Débito Aut. -

Item	Anterior	Atual	Anterior	Dias do Período	Atual	F. Potência Médio	Composição do Fornecedor
CONSUMO	33602	33992	08/07/16	32	09/08/16		Energia 100,92 Distribuição 46,97 Transmissão 8,83 Encargos 42,33 Tributos 55,94

Item	Quant.	Tarifa TE	Valor TE(R\$)	Tarifa TU	Valor TU(R\$)	Total(R\$)
CONSUMO	390,00	0,274260	106,96	0,236150	92,09	199,05
VALOR DO ICMS						71,24
VALOR DO COFINS						12,08
VALOR DO PIS						2,62
Subtotal 1						284,99

COBRANCA ILUM PUBLICA PARA A PREFEITURA	15,00
MULTA CONTA ANTERIOR 05/2016	5,65
JUROS CONTA ANTERIOR 05/2016	1,52
Subtotal 2	22,17

Base de Calculo de Tributos	Aliquota	Base de Calculo	Valor (R\$)
ICMS	25%	284,99	71,24
COFINS	4,240000%	285,00	12,08
PIS	0,920000%	285,00	2,62

Histórico de Consumo
AGO/16 390,00 JUL/16 316 JUN/16 342 MAI/16 362 ABR/16 289 MAR/16 313 FEV/16 279 JAN/16 323 DEZ/15 257 NOV/15 265 OUT/15 273 SET/15 265 AGO/15 265

ATENÇÃO
Receba sua conta por e-mail. É mais fácil, prático e seguro. Para efetuar o cadastro acesse o nosso site www.elektro.com.br ou entre em contato em um de nossos canais de atendimento.

AVISO IMPORTANTE DE DÉBITO / CORTE
O encerramento de relação contratual poderá ocorrer 2 (dois) ciclos de faturamento após a suspensão de fornecimento. No ciclo da suspensão ou religação poderá ser cobrado o custo de disponibilidade. Caso o pagamento já tenha sido realizado, favor desconsiderar esta notificação.

DÉBITOS ANTERIORES
06/08/2016 R\$ 275,00

DEBITOS ANTERIORES					
2016/03 - 10/01/2016 R\$ 275,62					
Indicadores de Continuidade Conjunto: RIO CLARO TRES					
Mês: 06/2016					
Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (R\$): 80,76					
DIC - Duração de Interrupção Individual (h)					
FIC - Frequência de Interrupção Individual					
DMIC - Duração máxima de Interrupção Contínua (h)					
Meta	Mês	Tr	Ans	Real	
	4,55	9,10	18,20	0,00	
	3,11	6,22	12,45	0,00	
	2,52			0,00	

Controle Nº	Unidade	Assinatura	Validade	Valor
5120063	01-20163080382021-89		18/09/2016	307,16

0868AB0477428 -

TABELÃO DE NOTAS INFORZATO
DE VALDIR JOSÉ INFORZATO - TABELÃO DE AUTENTICAÇÃO. Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado do que dou fé.

20 SET 2016

FRANCINE J. DE MORAES
NATALIA C. DELIBERAU
RENATA LAUTENSCHLAGER

Válido somente com selo de autenticidade.

836000000031 071600220868 001010201638 080382021899



PREFEITURA MUN DE RIO CLARO
RUA 3

Funcao : INATIVO II
Funcao Origem :

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALARIO

Admissao : 01/12/1953
Competencia : JULHO/2016

Codigo Nome
000421 AMADEU GOMES

Local Orgao Folha
000622 04.01.10 1

Cod.	Descricao	Refer.	Vencimentos	Descontos
0100	COMPLEMENTACAO		548,70	
0476	EMPRESTIMO - SANTANDER	18,96		181,15
-----Mensagem-----				

Tot.de Vencdo	Tot.de Descto
548,70	181,15

Banco BANCO SANTANDER S/A
Agen. RIO CLARO

C/C 000010301678

Vlr.Liquido -> 367,55

Salario Base	Base Previdencia	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
950,25	0,00	0,00	0,00	0,00


Nádia Silva de Lucas
Assistente de Gestão Municipal
Matr 20.458

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELLO 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)

24 AGO. 2016



Elir Carlos de Farias Alves



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

**** AMADEU GOMES ****

MATRÍCULA:

**** 115543 01 55 2016 4 00146 105 0074391-51 ****

SEXO COR ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO **branca** **casado - 75 ANOS DE IDADE**

NATURALIDADE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ELEITOR
CORUMBATAI-SP **RG 230161790** **SIM**

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
João Pedro Gomes e Zulmira Pinto ***
RESIDENTE NA AVENIDA 54, N° 1609, VILA OLINDA, RIO CLARO, SP ***

DATA E HORA DO FALECIMENTO DIA MÊS ANO
OITO DE AGOSTO DE DOIS MIL E DEZESSEIS - ÀS 17:30 H **08** **08** **2016**

LOCAL DE FALECIMENTO
NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, ESTÁDIO, RIO CLARO, SP ***

CAUSA DA MORTE
CHOQUE SÉPTICO, PNEUMONIA ***

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) DECLARANTE
SEPULTADO NO CEMITÉRIO SÃO JOÃO BATISTA DE RIO CLARO, SP. **VALERIA CRISTINA GOMES GONÇALVES**

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
Dr. CELIO FORTES GOMES CRM N° 171854 ***

OBSERVAÇÕES
O finado era casado com Zulmira Jacinto de Goes Gomes em Rio Claro, SP aos 24/09/1966, era eleitor, deixou bens a inventariar e não deixou testamento, deixando os seguintes filhos: Valeria Cristina, com 31 anos, Amadeu Gomes Filho, com 42 anos, Neusa Aparecida, com 46 anos e Jeane, com 48 anos. Era o que me cumpria certificar. ***

REGISTRO CIVIL DE RIO CLARO
PAULO FERNANDO PIRES DA SILVEIRA - Oficial
RUA 5° 640, CENTRO - RIO CLARO - SP CEP: 13500-040
Tel/Fax: (19) 3524-5020
E-mail: crrioclaro@terra.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO CLARO, 11 de agosto de 2016

ANTONIO CARLOS MAZZEO JUNIOR
ESCREVENTE AUTORIZADO
ISENTO DE EMOLUMENTOS

11554-3-042001-051000-0415

11554-3-AA 000046981



CLASSIFICAÇÃO: VERDE

SEQUÊNCIA DO DIA	CÓDIGO ATENDIMENTO	DATA ATENDIMENTO	HORA ATENDIMENTO	ESPEC.DENOMINAÇÃO	IDENTIF. ATENDENTE	CÓD.	CID
306	518088	04/08/2016	20:22		APARECIDA S.		

Apelido / Nome Social

CÓDIGO / NOME DO PACIENTE

124605 - AMADEU GOMES

CARTÃO SUS

898001254509676

DOCUMENTO (RG)	UF	DATA DE NASCIMENTO	RAÇA/COR	IDADE	SEXO	TELEFONE(S)
2301679		04/11/1940	BRANCA	75 ANO(S)	MASCULINO	3557-3291 99641-2563
ENDEREÇO RESIDENCIAL - AV., RUA, TRAVESSA				NÚMERO	COMPLEMENTO	
AVENIDA 54				1609		
BAIRRO			ZONA	CEP	CIDADE	CÓD. MUN. UF
VILA OLINDA				13500181	RIO CLARO	3543907 SE
NOME DA MÃE				NOME DO RESPONSÁVEL		
ZULMIRA PINTO						
ENCAMINHADO POR				IDENTIFICAÇÃO CÓD. BARRAS DO PACIENTE		OC. POLICIAL

QUEIXA PRINCIPAL / SINTOMAS

Passante em casa sem gravidade de dor ful,
após de dor há 2 dias

DADOS CLÍNICOS

HORA	PULSO	GLICEMIA	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PESO	SpO2	PROFISSIONAL	CBO	COREN
20:22	66	174.00	97.00 X 79.00	0.00	0.000	99	ROSE CRISTINE DE CARVALHO	ENFERMEIRO	97678

Esta - em tratamento com claudia e daniel

EF devida ++ / 4+

At - hnt clon

ACV = A. D.

ABD = glabra, dolorosa e profunda

HD: Dor abdominal

CD: Segura peso em anexo

* 8/21/16

17:30 contab

OK B.

1	214010015	GLICEMIA CAPILAR
1	301100039	AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL

ROSE CRISTINE DE CARVALHO ENFERMEIRO
ROSE CRISTINE DE CARVALHO ENFERMEIRO

CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Nome Amaelie Gomes do _____ Segurado _____ (a)

Data do óbito 08 / 08 /20 16

Declaramos, expressamente perante a SEGURADORA AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS que a vítima acima faleceu no estado civil de casado, deixando o total de 4 filho(s), não deixando outro(s) herdeiro(s) legal(is) além do(s) abaixo mencionado(s), isentando-a, desde já, de qualquer responsabilização em caso de eventual pedido complementar de indenização do presente Seguro de Vida, por pessoa(s) diversas da(s) abaixo assinalada(s), sujeitando-me(nos) a devolução do valor recebido, caso seja constatada a declaração inverídica.

Declaro (ramos), ainda, que o segurado(a):

() não deixou companheira(o)

(x) deixou companheira(o) de nome Zulmira Jacinto de Góis Gomes

Esta declaração é expressão da verdade, pela qual me (nos) responsabilizo (amos), civil e criminalmente, sob as penas da Lei, em especial no artigo 299 do Código Penal.

Nome do beneficiário	Qualidade (Grau de Parentesco)	Assinatura
1 <u>Zulmira Jacinto de Góis Gomes</u>	<u>esposa</u>	<u>Zulmira Jacinto de Góis Gomes</u>
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Testemunha 1: Galerio E. Gomes Gonçalves

Testemunha 2: Heane Liberato Gomes Mariano

(1) Este documento é único, devendo ser preenchido por todos os acima qualificados. Todos os campos são de preenchimento obrigatório e, na ausência de qualquer informação, a Seguradora, acima instituída, reserva-se do direito de não aceitar este documento.

(2) Todas as assinaturas devem ter firmas reconhecidas em cartório.

(3) Testemunhas devem ter firmas reconhecidas e cópias autenticadas de RG e CPF.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

**** AMADEU GOMES ****
**** ZULMIRA JACINTO DE GÓES ****

MATRÍCULA:

**** 115543 01 55 1966 2 00079 057 0013034-71 ****

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

AMADEU GOMES, nascido no dia quatro de novembro de mil novecentos e quarenta (04/11/1940), em Corumbatai, SP nacionalidade brasileira, filho de **João Pedro Gomes** e de **Zulmira Pinto**. ***

ZULMIRA JACINTO DE GÓES, nascida no dia vinte e nove de abril de mil novecentos e quarenta e seis (29/04/1946), em Rio Claro, SP nacionalidade brasileira, filha de **João Jacinto de Góes** e de **Leonor de Góes**. ***

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

VINTE E QUATRO DE SETEMBRO DE MIL NOVECENTOS E SESSENTA E SEIS

24 09 1966

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 ZULMIRA JACINTO DE GÓES GOMES. ***

OBSERVAÇÕES

Anotação: Amadeu Gomes, faleceu em Rio Claro, SP, aos 08/08/2016. Rio Claro, 11/08/2016. (as.) Maurício 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: crcrclclaro@terra.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO CLARO, 24 de agosto de 2016

MAURÍCIO PEREIRA LIMA
OFICIAL SUBSTITUTO

EMOLUMENTOS:

Ao Oficial: R\$ 35,19 - Ao IPESP: R\$ 7,02 - Ao ISS: R\$ 1,76
Total: R\$ 43,97



11554-3-AA 000047618

11554-3-042001-051000-0416

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8240-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

MAIOR DE 65 ANOS

41677265

Zulmira Jacinto de Góes Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 29.534.143-9 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 08/07/2016

NOME
ZULMIRA JACINTO DE GÓES GOMES

FILIAÇÃO
JOÃO JACINTO DE GÓES
LEONOR DE GÓES

NATURALIDADE
RIO CLARO - SP

DATA DE NASCIMENTO
29/04/1946

DOC ORIGEM
RIO CLARO-SP RIO CLARO CC:LV.B79 /FLS.57V /Nº13034

CNPJ
222261948/35

Celso Paulo Filho
Delegado de Polícia Divisório IIRGO, SSP, SP
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1º TABELÃO DE NOTAS E DE PROTESTO

Dr. Valdir José Inforzato
TABELÃO

Rua 05, nº 855 Rio Claro SP

DE LETRAS E TÍTULOS DE RIO CLARO

0868AB0477426

0868AB0477426

TABELÃO DE NOTAS INTELIGENTES

Dr. Valdir José Inforzato - TABELÃO

Autenticação Autêntico a presente

20 SET 2016

314 p/ atc

FRANCINE J. DE MORAES
NATALIA C. DEUBERALI
RENATA LAUTENSCHLAGER

Válido somente com selo de autenticidade.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Zulmira Jacinto de Góes Gomes, CPF: 22226194835, declaro para comprovação de residência, que não possuo nenhum comprovante de endereço em meu nome, pois todos os comprovantes de endereço constam em nome de Amedeu Gomes, RG: 23016179.0, CPF: 33022950810

Declaro que o endereço residencial é Av: 54 N: 1609 Bairro Vila Olinda – CEP 13.504-080 – Rio Claro - SP.

Rio Claro, 20 de Setembro de 2016.



Zulmira Jacinto de Góes Gomes

RG: 295341439

CPF: 22226194835

1º Tabelião de Notas - Valdir José Inforzato
Rua 5, 855 - Centro - Rio Claro/SP - Fone: (19) 3524-2452 - Fax: (19) 3534-5911 - Cep 13500-040
www.cartorioinforzato.com.br

Reconheço por Semelhança(S/Vl. Econômico) a(s) firma(s)
de, ZULMIRA JACINTO DE GÓES GOMES, Dou Fe. ***

Rio Claro-SP, 20 de Setembro 2016 14:53:21

Em Teste, da verdade

Valido c/selo Aut. - Valor R\$5,42-ROBERTZIO F DE OLIVEIRA

ESTE TABELIONATO ESTA FILIADO
À CENTRAL DE SINAL PÚBLICO. CONSULTE-O
www.censec.org.br

1º Tabelião Inforzato
Roberzio Felix de Oliveira
Escrevente Autorizado





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

*cópia
frente do cartão.*

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 Zulmira Jacinto de Góes Gomes, portador do RG nº 29.534.1439, expedido por SSP/SP, na data de 08/07/2016 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 22226194835, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por _____, 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)

Zulmira Jacinto de Góes Gomes

Número de Banco e Nome

Caixa Econômica

Número da Conta e Dígito

1832013000055156

Número da Agência (sem dígito)

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, 20/09/2016

Zulmira Jacinto de Góes Gomes
Assinatura do beneficiário (a)
assinar conforme consta em RG

Local e Data

Rio Claro, 20/09/2016

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

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

8240-4

3449704F

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Valéria C. Gomes Gonçalves

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NÃO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 45.618.301-2 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 04/06/2014

NOME VALERIA CRISTINA GOMES GONÇALVES

FILIAÇÃO AMADEU GOMES ZULMIRA JACINTO DE GÓES GOMES

NATURALIDADE RIO CLARO - SP DATA DE NASCIMENTO 24/10/1985

DOC ORIGEM RIO CLARO-SP RIO CLARO CC:LV.B27/FLS.211 /Nº08548

CPF 224265858/11

Roberto Avino
Delegado de Polícia Divisão de Identificação TIRGO-SSP SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8240-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

POLEGAR DIREITO

28784B52

JEANE LIBERATO GOMES MARIANO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.990.197-1 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 11/11/2015

NOME JEANE LIBERATO GOMES MARIANO

FILIAÇÃO AMADEU GOMES
ZULMIRA JACINTO DE GOES GOMES

NATURALIDADE RIO CLARO - SP DATA DE NASCIMENTO 21/06/1968

DOC ORIGEM RIO CLARO-SP RIO CLARO CC:LV.B19 /FLS.148 /Nº06110

CPF 115392288/60

Caetano Paulo Filho
Delegado de Polícia Divisionário JIRGO.SSP.SP
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

