



## SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS

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

AESB nº 24000.002343/90

O SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS-SINDSERV, vem através deste, encaminhar à V.Sa., as documentações do Sinistro de **ANTENOR FRANCO**, falecido em **26/07/2007**, para fins de pagamento de **SEGURO DE VIDA**, conforme abaixo relacionado:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO

XEROX AUTENTICADA DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO DE **ANTENOR FRANCO**

XEROX AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DE **ANTENOR FRANCO**

XEROX AUTENTICADA DA CARTEIRA DA CAIXA DE PECÚLIOS ONDE CONSTA A FOTO DO SR **ANTENOR FRANCO**

XEROX AUTENTICADA DO CPF, HOLERITE DE JUNHO/2007 ONDE CONSTA O COMPROVANTE DE RESIDENCIA E CERTIDÃO DE CASAMENTO AVERBADA DO SR **ANTENOR FRANCO**

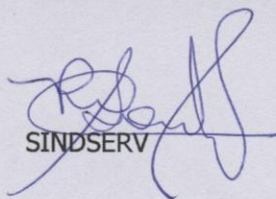
XEROX SIMPLES DA DECLARAÇÃO DE **NEUSA SILVA COMO** BENEFICIÁRIA DE **ANTENOR FRANCO**

XEROX AUTENTICADA DO RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDENCIA E CERIDÃO DE NASCIMENTO DE **NEUSA SILVA**

DECLARAÇÃO DE HERDEIROS ASSINADA E RECONHECIDA FIRMA EM CARTÓRIOS PELA BENEFICIÁRIA E POR DUAS TESTEMINHAS

SANTOS, 19/07/2010

**OBS.: O RG DO SR ANTENOR FRANCO NÃO ESTÁ COM A FOTO, E POR ESTA RAZÃO NÃO FOI ENVIADO.**

  
SINDSERV

À  
VERTCON SEGUROS  
A/C - SUELEN

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.  
Suelen Auchade 02/08/10

**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<br><i>Sindicato dos Servidores Publ. Mun. Santos</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                                           | APÓLICE Nº                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| SEGURADO<br><i>Antenor Franco</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                                           | DATA DE NASCIMENTO<br><i>29/08/88</i>                                                                                  | PROFISSÃO<br><i>Jardineiro</i>                                                                                                                                                                      | ESTADO CIVIL<br><i>divorçado</i>  |              |
| SINISTRO DE<br><input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                                           | CAUSA<br><input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE | DATA ADMISSÃO                                                                                                                                                                                       | 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 <i>/</i> <i>/</i> <i>/</i> a <i>/</i> <i>/</i> <i>/</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | - Motivo :                                                |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| De <i>/</i> <i>/</i> <i>/</i> a <i>/</i> <i>/</i> <i>/</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | - Motivo :                                                |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| De <i>/</i> <i>/</i> <i>/</i> a <i>/</i> <i>/</i> <i>/</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | - Motivo :                                                |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| De <i>/</i> <i>/</i> <i>/</i> a <i>/</i> <i>/</i> <i>/</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      | - Motivo :                                                |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| Estava aposentado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Desde quando? - Motivo :                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| BENEFICIÁRIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| NOME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      | GRAU DE PARENTESCO                                        |                                                                                                                        | ENDEREÇO                                                                                                                                                                                            | IDADE                             |              |
| <i>Neusa Silva</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      | <i>Esposa</i>                                             |                                                                                                                        | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><b>SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS<br/>MUNICIPAIS DE SANTOS</b><br/>Av. Campos Sales, 106 - Vila Nova<br/>CEP: 13.012-101 - Santos - SP</div> |                                   |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| <i>Santos, 28/06/2010</i><br>LOCAL E DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| INFORMAÇÕES DO SEGURADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| SEGURADO<br><i>Antenor Franco</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | DATA DE NASCIMENTO<br><i>29/08/88</i>                     |                                                                                                                        | PROFISSÃO<br><i>Jardineiro</i>                                                                                                                                                                      | TELEFONE<br><i>(13) 9605 4542</i> |              |
| ENDEREÇO<br><i>Av. Brasil, 1265</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      | CIDADE<br><i>Vila Mangueira</i>                           |                                                                                                                        | UF<br><i>SP</i>                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| DATA DO ACIDENTE<br><i>26/07/2007</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | HORA<br><i>06:45</i> | LOCAL DO ACIDENTE<br><i>Acidente Santa Casa de Santos</i> |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| 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 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. |                      |                                                           |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                     |                                   |              |
| <i>Santos, 28/06/2010</i><br>LOCAL E DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                                           |                                                                                                                        | <i>x Neusa Silva</i><br>ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL                                                                                                                                     |                                   |              |



Caixa de Pecúlio e Pensões  
dos Servidores Municipais  
de Santos

IDENTIFICACAO

Registro  
0007832

Nome do Mutuario  
ANTENOR FRANCO

Nome do Conjuge  
NEUSA SILVA

1º CARTÓRIO DE NOTAS  
E PROTESTO - SÃO VICENTE - SP  
ÉVILTON ROBERTO GARCIA  
Tabelão

26 MAI 2010

AUTENTICO a copia reprográfica,  
a qual confere com o original  
apresentado. Dou fé.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO  
DE AUTENTICIDADE - RS



DEPENDENTES

| Nome(s)                    | Validade |
|----------------------------|----------|
| MARIA TEREZINHA DOS SANTOS | 16/08/05 |
| NELLY APARECIDA FRANCO     | 15/09/08 |
| NOELLY APARECIDA FRANCO    | 20/06/13 |
| CLEBER FRANCO              |          |

OBRIGATORIO A APRESENTACAO DESTA PARA ATENDIMENTO

Assinatura do Superintendente

Superintendente

EM FRANCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

390.792.448-72

ANTENOR FRANCO

29/08/1928

Padron - Brasil - 005699-7

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

05/2001

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

1º CARTÓRIO DE NOTAS  
E PROTESTO - SÃO VICENTE - SP  
EVILTON ROBERTO GARCIA  
Tabelião

26 MAI 2010

AUTENTICO esta cópia reprográfica,  
a qual confere com o original  
apresentado. Dou fé.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO  
DE AUTENTICIDADE - RS



**EM BRANCO**

**EM BRANCO**

|                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                  |                                      |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE<br><input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE<br><input type="checkbox"/> NÃO EXISTE Nº INDICADO<br><input type="checkbox"/> DESCONHECIDO<br><input type="checkbox"/> INF. ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO<br><input type="checkbox"/> AUSENTE<br><input type="checkbox"/> FALECIDO<br><input type="checkbox"/> RECUSADO<br><input type="checkbox"/> | DATA<br><br>ASSINATURA DO ENTREGADOR | REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM<br><br> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|



|                          |             |      |             |
|--------------------------|-------------|------|-------------|
| 07.832.9                 | 40.00.38.00 | 1160 | EST-INATIVO |
| ANTENOR FRANCO           |             |      |             |
| AV. BRASIL, 1265         |             |      |             |
| SAO VICENTE              |             | SP   |             |
| 11330-750 VILA MARGARIDA |             |      |             |

[illegible]

REMETENTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS**  
Departamento de Recursos Humanos  
PRAÇA MAUÁ S/Nº - 4º ANDAR  
CEP 11010-900 - SANTOS - SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS  
ESTÂNCIA BALNEÁRIA

|                                  |                 |                     |
|----------------------------------|-----------------|---------------------|
| DEPARTAMENTO                     | CENTRO DE CUSTO | REGISTRO            |
| SEAD                             | 40.0.0.0.38.00  | 07832.9             |
| NOME DO FUNCIONÁRIO              |                 |                     |
| ANTENOR FRANCO                   |                 |                     |
| CARGO                            | NÍVEL SALARIAL  |                     |
| JARDINEIRO                       | N-D             |                     |
| LOCAL DE PAGAMENTO / BANCO       | CONTA BANCÁRIA  |                     |
| BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO S/A | 002030513932    |                     |
| DATA DE PAGAMENTO                | COMPETÊNCIA     | SALÁRIO BASE / HORA |
| 25/06/2007                       | JUNHO/2007      | 391,27              |

1º CARTÓRIO DE NOTAS  
E PROTESTO - SÃO VICENTE - SP  
EVILTON ROBERTO GARCIA

Tabela

74 JUN 2007

AUTENTICAÇÃO  
a qual confere com o original  
apresentado. Deu fé.  
VÁLIDO SOLENTE COM O SELO  
DE AUTENTICAÇÃO - RS



10º CARTÓRIO  
S. VICENTE

DEMONSTRATIVO VENCIMENTOS/DESCONTOS

| CD. | DESCRIÇÃO                       | HORA / QTDE | VALOR  |
|-----|---------------------------------|-------------|--------|
| 01  | ORDENADO OU VENCIMENTO DO CARGO | 220.00 HS   | 391.27 |
| 02  | ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO  | 33.52 %     | 131.15 |
| 04  | ADICIONAL DE CARREIRA           | 20.00 %     | 178.25 |
| 33  | SEXTA-PARTE                     |             | 65.21  |
| 36  | SALÁRIO-ESFOSA                  |             | 7.08   |
| 90  | SALÁRIO-FAMÍLIA                 | 2 DEP       | 7.08   |
| 89  | CESTA BÁSICA                    |             | 80.00  |
| 11  | ABONO-L.C. 596/2007             |             | 17.04  |
| 306 | CAPEP-CONTRIBUIÇÃO P/PECULIO    |             | 5.79   |
| 807 | CAPEP-CONTRIB. 7% S/REMUN.      | 7.00 %      | 47.80  |
| 845 | MINAS BRASILEIRAS-SEGUROS       |             | 4.65   |
| 848 | S.S.P.M.S. - MENSALIDADE        |             | 15.65  |
| 355 | DESC.-ADTO. SALARIAL            | 3.00 %      | 156.51 |
| 390 | CAPEP-3% S/REMUN. - ASSIST.MED. |             | 20.49  |

|                   |             |           |         |
|-------------------|-------------|-----------|---------|
| CONTRIBUIÇÃO FGTS | VENCIMENTOS | DESCONTOS | LÍQUIDO |
|                   | 777,08      | 250,89    | 526,19  |
| MENSAGEM          |             |           |         |

DECLARAÇÃO

Neusa Silva

domiciliado(s) à av Brasil, 625 - Vila  
margarida - S. Vicente - SP - Cep. 11330-750

portador(a)(os)(as) do(s) RG.(s) nº(s) 17.602.463-3 e

CPF(s) nº(s) 053.449.948-01, autorizo a Caixa de

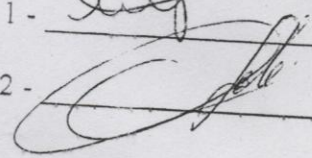
Pecúlios e Pensões dos Servidores Municipais de Santos, a proceder o desconto de três  
por cento (3%) em meu benefício, a título de contribuição para Assistência à Saúde  
criada pela Lei Municipal nº 1780/1999.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente autorização.

Santos, 11 de setembro de 2004

Neusa Silva

Testemunhas:

1.   
2. 

## DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

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 **ANTENOR FRANCO** brasileiro, divorciado, portador do **RG 12370641** e **CPF 390792448-72**, faleceu no dia **26/07/2007**, tendo como únicos herdeiros:

**NEUSA SILVA**, brasileira, solteira, portadora do **RG 17602463-3** e **CPF 053149948-01**, na qualidade de, Companheira

Os que abaixo firmam chamam para si solidariamente a responsabilidade tanto na esfera administrativa como judiciária, por eventuais herdeiros que possam surgir como beneficiários do Seguro de Vida / ou Acidentes/ pessoais, deixado pela morte do segurado já mencionado.

Por ser expressão da verdade firmam a presente juntamente com duas testemunhas abaixo qualificado.

Santos, 28/06/2010

### Beneficiários:

*Neusa Silva*  
**NEUSA SILVA**  
**RG 17602463-3**  
**CPF 053149948-01**



Testemunha.

*Renée Vieira Gouveia*  
*Renée Vieira Gouveia*

Nome: **RENEE VIEIRA GOUVEA**  
RG: **17132791-3**  
CPF: **116313758-81**

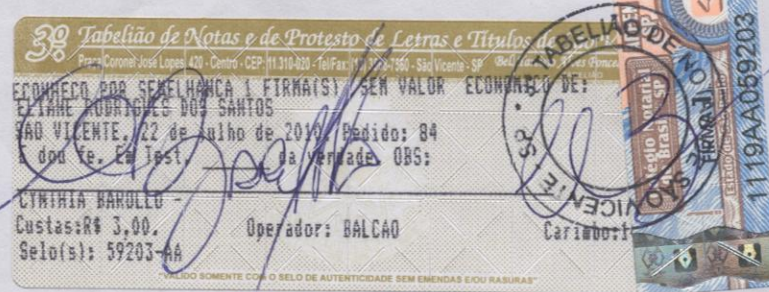


*Marilda Aparecida Matias*  
Escrevente



*Eliane Rodrigues dos Santos*

Nome: **ELIANE RODRIGUES DOS SANTOS**  
RG: **27879138-4**  
CPF: **162427988-08**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:  
ANTENOR FRANCO

MARIA TEREZINHA DOS SANTOS

MATRÍCULA:  
122945.01.55.1968.2.00039.208.0010706-41

NOME, NACIONALIDADE, DATA E LOCAL DE NASCIMENTO, FILIAÇÃO

ANTENOR FRANCO, natural de COLINA, Estado de São Paulo, nascido no dia vinte e nove de agosto de mil novecentos e vinte e oito (29/08/1928), filho de JOAQUIM FRANCO e de ADELAIDE DA CUNHA.  
MARIA TEREZINHA DOS SANTOS, natural de CAPELA, Estado de Sergipe, nascida no dia trinta de setembro de mil novecentos e quarenta e três (30/09/1943), filha de CAMILO MESSIAS DOS SANTOS e de MARIA JOSÉ DOS SANTOS.

DATA DE REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO) DIA MES ANO  
trinta de dezembro de mil novecentos e 30 12 1968  
sessenta e oito

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO GERAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR

A contraente passou a assinar MARIA TEREZINHA FRANCO.  
O contraente passou a assinar ANTENOR FRANCO (O MESMO NOME).

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
SÃO VICENTE, 08 de julho de 2010.

Daniela de Jesus da Silva  
Escrevente

OFICIAL IFESP TOTAL  
32,71 6,54 39,25  
Digitada por: DANIELE

Reconheço por semelhança a firma de:  
Daniela de Jesus da Silva  
São Vicente, 08/07/2010.  
Em testemunho de verdade.

Michelle Sakamoto Rocha  
Escrevente

Por Firma: R\$ 3,00  
Válido somente com selo de autenticidade

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

Ivanize C. Pereira de Andrade V. Loureiro  
OFICIAL DESIGNADA

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

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
COMARCA DE SÃO VICENTE-SP

AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica,  
conforme o original a mim apresentado do que dou fé.

S. Vicente 12 JUL 2010

Rua Jacob  
Emmerich  
Nº 527  
P/Autent.  
R\$ 2,10

- ☐ Bel. Ivanize Loureiro - Oficial Desig.
- ☐ Rosemeire Fontelone O. A. do Rosário - Escrevente
- ☐ Nadja Santos Vasconcelos - Escrevente
- ☐ Michelle Sakamoto Rocha - Escrevente
- ☐ Allan Marques Santos - Escrevente

Colégio Notarial do Brasil - SP  
ARREN SP  
FIRMA 2  
1118AA005130

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL SEM

1118AA124214

141691

1547G-AA

1547G-140001-144000-0510

CERTIFICO mais que, na coluna de averbação consta o seguinte:

Em cumprimento ao mandado assinado pelo MM. Juiz de Direito da 1ª VARA CÍVEL DESTA COMARCA, EXMO.SR.DR. NAZARIO GUIRAO, datado de (02/06/1987), faço a margem do assento ao lado, averbação para ficar constando A **SEPARAÇÃO JUDICIAL** do casal, conforme sentença proferida pelo MM. Juiz de Direito SUPRA MENCIONADO, em (30/04/1987), (proc. nº 416/87). regularmente transitado em julgado, voltando a mulher a usar o nome de solteira, ou seja, **MARIA TEREZINHA DOS SANTOS**. AVERBADO AOS 25/09/1987. ANOTAÇÃO-O SEPARANDO FALECEU EM SANTOS-SP (1ª SUBD.) AOS 26/07/07. L.C-193 FLs. 151, Nº 124889. SV- 03/08/07. EU, (a) NADJA SANTOS VASCONCELOS, ESC. AUT.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
SÃO VICENTE, 08 de julho de 2010.

REGISTRO CIVIL  
DE SÃO VICENTE

Daniele de Jesus da Silva  
Escrevente

Daniele de Jesus da Silva  
Escrevente  
Registro Civil de São Vicente - SP

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
COMARCA DE SÃO VICENTE-SP

AUTENTICAÇÃO - Autentica a presente cópia reprográfica,  
conforme o original a mim apresentado do que dou fé

S. Vicente 12 JUL. 2010

Rua Jacob  
Emmerich  
Nº 527  
P/ Autent.  
R\$ 2,10

- ☐ Bel. Ivanize Loureiro - Oficiala Desig.
- ☐ Rosemeire Fontelone D.A. do Rosário - Escrevente
- ☐ Nadja Santos Vasconcelos - Escrevente
- ☐ Michelle Sakamoto Rocha - Escrevente
- ☐ Allan Marques Santos - Escrevente
- ☐ Daniele de Jesus da Silva - Escrevente
- ☐ Fernando Santos Oliveira - Escrevente
- ☐ Lidiane Neri Alves - Escrevente
- ☒ Daniela Westfal Wianiewski - Escrevente

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICAÇÃO



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE  
INTERDIÇÕES E TUTELAS DO 1.º SUBDISTRITO DA SEDE  
COMARCA DE SANTOS - ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Amador Bueno, 203 - CEP: 11013-150 - Fone: (13) 3223-5702 - Fax: 3223-2783

BEL. NELSON HIDALGO MOLERO  
OFICIAL

BEL. EVANDRO COSTA PEREIRA  
OFICIAL SUBSTITUTO

## CERTIDÃO DE OBITO

**CERTIFICO** que, às folhas 151, do livro C nº 193 de Registro de óbito, sob nº de ordem **124.889**, consta que no dia trinta de julho de dois mil e sete, foi lavrado o assento de **ANTENOR FRANCO**, com setenta e oito anos de idade, separado, do sexo masculino, de cor branca, FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL-APOSENTADO, natural de COLINA, Estado de São Paulo, nascido no dia vinte e nove de agosto de mil novecentos e vinte e oito, residente A AV. BRASIL, 27, VILA MATEO BEI, SÃO VICENTE, Estado de São Paulo, filho de **JOAQUIM FRANCO**, e de **ADELAIDE DA CUNHA**, falecidos,

falecido no dia vinte e seis de julho de dois mil e sete (26/07/2007), às seis horas e quarenta e cinco minutos, na Santa Casa de Misericórdia, nesta cidade,

O atestado de óbito foi firmado pelo Doutor JOAQUIM LUIZ FERENANDES, CRM 53741 que deu como causa da morte Parte I: **FALENCIA MULTIPLA DE ORGÃOS, CHOQUE SÉPTICO, BRONCOPNEUMONIA**. Parte II: **DESNUTRIÇÃO**,

O sepultamento foi realizado no cemitério MUNICIPAL DE SÃO VICENTE, SP. Foi declarante **APARECIDA FRANCO**.

Observações: ERA SEPARADO CONSENSUALMENTE DAS 2ª NUPCIAS COM MARIA TEREZINHA DOS SANTOS. NÃO DEIXOU BENS, NEM TESTAMENTO. CASAMENTO REALIZADO EM SÃO VICENTE, SP NO DIA 30/12/1968, LIVRO B-39, FLS. 208 SOB Nº 10.707. FOI CASADO EM 1ª NUPCIAS COM ORIDES DA SILVA FRANCO. CASAMENTO REALIZADO EM DATA E LOCAL IGNORADO. O FALECIDO DEIXOU OS FILHOS: APARECIDA FRANCO, 58 ANOS; ANTONIO BENEDITO FRANCO, 56 ANOS; MARIA DE LOURDES FRANCO, 54 ANOS; CLEUSA SEBASTIANA FRANCO, 53 ANOS; SERGIO FRANCO, 43 ANOS; CLEIDE APARECIDA FRANCO, 41 ANOS; EUNICE APARECIDA FRANCO, 39 ANOS; EDINEY FRANCO, 34 ANOS; NELLY APARECIDA FRANCO, 19 ANOS; NOELLY APARECIDA FRANCO, 16 ANOS; CLEBER FRANCO, 13 ANOS.

Primeira via de Certidão  
Isenta de Emolumento nos  
termos da Lei 9534/97

O referido é verdade e dou fé.  
Santos, 03 de agosto de 2007.

Bel. Ariundo Jorge de Aquino Fabri  
Quarto Preposto Substituto

OFICIAL IPESP TOTAL  
0,00 0,00 0,00

Selos recolhidos pela guia nº 00173/07  
Digitado por: DENILSON



1.º CARTÓRIO DE NOTAS  
E PROTESTO - SÃO VICENTE - SP  
ÉVILTON ROBERTO GARCIA  
Tabela

26 MAI 2010

AUTENTICADO esta cópia reprográfica.  
conferir com o original  
apresentado. Dou fé.  
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO  
DE AUTENTICIDADE - RS

Bel. Ariundo Jorge de Aquino Fabri  
Quarto Preposto Substituto  
Registro Civil - 1.º Subdistrito  
Santos - SP



# República Federativa do Brasil

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE INTERDIÇÕES  
E TUTELAS DA SEDE - COMARCA DE SÃO VICENTE - SP

Rua Ipiranga, 5 - Centro - CEP 11310-421  
Fones/Fax: (0xx13) 3468-5363 - 3568-4982

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às folhas 191-V, do livro A nº 044 de Registro de Nascimento, sob nº de ordem 24.639, foi lavrado o assento de NEUSA SILVA, do sexo feminino, nascida no dia dois de junho de mil novecentos e cinquenta e sete (02/06/1957), às treze horas e quarenta e cinco minutos, EM DOMICÍLIO PATERNO, á RUA CARLOS GOMES Nº 60, São Vicente, Estado de São Paulo, filha de JACINTO DUQUE DA SILVA, natural de MINAS GERAIS e de DILMA DE FREITAS, natural do Estado de São Paulo, sendo avós paternos JOÃO VIRGILINO e LENITA DUQUE DA SILVA e avós maternos ANTONIO MARÇAL DE FREITAS e NAIR MARÇAL DE FREITAS. Foi declarante O PAI.

Registro lavrado no dia 17 de julho de 1957.

Observações:

O referido é verdade e dou fé.  
São Vicente, 03 de dezembro de 2002.

WANDERSON JOSÉ PAULO SILVA  
OFICIAL SUBSTITUTO

CARTÓRIO DE NOTAS  
E PROTESTO - SÃO VICENTE  
ÉVILTON ROBERTO GARCIA  
Tabelião

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL  
DAS PESSOAS NATURAIS  
Wanderson José Paulo Silva  
OFICIAL SUBSTITUTO  
SÃO VICENTE - SP

29 JUN 2010  
AUTENTICADO  
a qual conferi com o original  
apresentado. Deu fé.  
VÁLIDO SOMENTE COM  
DE AUTENTICIDADE - R



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

422-6

POLGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Neusa Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 17.602.463-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/NOV/2004

NOME NEUSA SILVA

FILIAÇÃO JACINTO DUQUE DA SILVA  
E DILMA DE FREITAS

NATURALIDADE S. VICENTE - SP DATA DE NASCIMENTO 02/JUN/1957

DOC ORIGEM SÃO VICENTE SP  
SÃO VICENTE  
CNFLV.A44 / FLS.191V/N.024639

CPF 02 Delegado, Divisionária  
Assinatura do Diretor

EL N°7.116 DE 29/08/83

1º CARTÓRIO DE NOTAS  
E PROTESTO - SÃO VICENTE  
EVILTON ROBERTO GARCIA  
Tabellão

26 MAI 2010

AUTENTICO esta cópia reprográfica,  
a qual confere com o original  
apresentado. Dou fé.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO  
DE AUTENTICIDADE - RS



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

053.149.948-01

Nome  
NEUSA SILVA

Nascimento  
02/06/1957

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Agosto/2007

CORREIOS  
www.correios.com.br

1º CARTÓRIO DE NOTAS  
E PROTESTO - SÃO VICENTE  
EVILTON ROBERTO GARCIA  
Tabellão

26 MAI 2010

AUTENTICO esta cópia reprográfica,  
a qual confere com o original  
apresentado. Dou fé.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO  
DE AUTENTICIDADE - RS



☐ MUDOU-SE  
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE  
☐ NÃO EXISTE Nº INDICADO  
☐ DESCONHECIDO  
☐ INF. ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO

☐ NÃO PROCURADO  
☐ AUSENTE  
☐ FALECIDO  
☐ RECUSADO  
☐

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

ASSINATURA DO ENTREGADOR



**SEED**  
9912190206-DR/SPM  
IPREV  
CORREIOS



40.00.38.16

0085

IPREV

AVENIDA BRASIL, 625

SAO VICENTE

11330-750 VILA MARGARIDA

SP

[illegible]

REMETENTE:

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS

RUA CEARÁ Nº 11 - POMPÉIA  
CEP 11065-430 - SANTOS - SÃO PAULO  
TEL.: (13) 3225-9099

decbrito **DECLARACAO DE OBITO**

Data Atendimento: 26/07/2007 as 08:44 h.

**---DADOS PESSOAIS---**

Nome: **ANTENOR FRANCO** Nº 14423  
 Sexo: M Cor: BRANCA Data Nascimento: 29/08/1928 Idade: 78 A Est.Civil: SEPARADO(A).CONSENSUALMENTE  
 Residencia: AV. BRASIL Nº 27 Bairro: VILA MATEI  
 Cidade: SAO VICENTE Estado: SP Nacionalidade: Brasileiro Natural: COLINA-SP  
 RG: 12.370.641 CPF: Carteira Reservista: ###  
 Titulo Eleitor: Zona: 9 Cidade Titulo:  
 Beneficio INSS:  
 Anos de Estudo Concluidos: 4 A 7 Profissao: FUNC. PUB. MUNIC.APOSENTADO  
 Bens: NAO Testamento: NAO

**---CONJUGE---**

Nº.....: 1 Conjuge: **CRISTES DA SILVA FRANCO**  
 Cartorio: ION.  
 Deixa Filho(s): 1: APARECIDA FRANCO  
 Deixa Filho(s): 1: ANTONIO BENEDITO FRANCO  
 Deixa Filho(s): 1: MARIA DE LOURDES FRANCO  
 Deixa Filho(s): 1: CLEUSA SEBASTIANA FRANCO

Dt.Casamento:  
 Livros: Fls: Nº.: 0  
 Idade: 58  
 Idade: 56  
 Idade: 54  
 Idade: 53

Nº.....: 2 Conjuge: **MARIA TEREZINHA DOS SANTOS**  
 Cartorio: DIST. DE SAO VICENTE-SP  
 Deixa Filho(s): 2: GENIO FRANCO  
 Deixa Filho(s): 2: CLEIDE APARECIDA FRANCO  
 Deixa Filho(s): 2: EUNICE APARECIDA FRANCO  
 Deixa Filho(s): 2: EDINEY FRANCO

Dt.Casamento: 30/12/1968  
 Livros: 8-39 Fls: 208 Nº.: 10707  
 Idade: 45  
 Idade: 41  
 Idade: 39  
 Idade: 34

Nº.....: 3 Conjuge: **NAO DIA CASADO**  
 Cartorio:  
 Deixa Filho(s): 3: NELLY APARECIDA FRANCO  
 Deixa Filho(s): 3: NUELLY APARECIDA FRANCO  
 Deixa Filho(s): 3: CLENER FRANCO

Dt.Casamento:  
 Livros: Fls: Nº.: 0  
 Idade: 19  
 Idade: 16  
 Idade: 13

**---FILIAÇÃO---**

Fai ....: **JOAQUIM FRANCO**  
 Natural: ###  
 Moe ....: **AMELAIDE DA CUNHA**  
 Natural: ###  
 End ....: **FALECIDOS**

Est.Civil: (FALECIDO) Idade: 0 anos  
 Profissao: ###  
 Est.Civil: (FALECIDA) Idade: 0 anos  
 Profissao: ###  
 Cidade: UF: SP

**---DADOS DO OBITO---**

Dt.Falecimento: 26/07/2007 Horas: 6:45 Local: SANTA CASA DE SANTOS  
 Dt.Sepultamento: 27/07/2007 Horas: 8:30 Cemiterio: MUNICIPAL DE SAO VICENTE  
 Medico: **JOAQUIM LUIZ FERNANDES**  
 Causa 1: FALENCIA MULTIPLA DE ORGANOS  
 Causa 2: CHOQUE SEPTICO  
 Causa 3: BRONCOPNEUMONIA  
 Causa 4: DESNUTRICAO

Cidade: SANTOS UF: SP  
 Cidade: S. VICENTE UF: SP  
 CRM: 53741

**QUALQUER RETIFICAÇÃO DEVER SER FEITA DENTRO DE 24 APÓS REGISTRADO SÓ JURISDICIONALMENTE.**

Observacao: PORTADOR DA CÉDULA DE IDENTIDADE E CERTIDÃO DE CASAMENTO DE 23 NÚNCIAS C/ AVERBAÇÃO DA SEP. CONSENSUAL DO CASAL.

Rele a presente declaracao e estando de acordo com os dados nela inseridos, responsabilizo-me por futuras contestacoes. A presente declaracao e valida para fins de sepultamento e remocoes de corpos, inclusive para alem dos limites do Municipio de Santos nos termos do provimento numero 01/85.

Valor: R\$ (ISENTO) Agencia: SANTA CASA Cartorio: 19 SUBDISTRITO Endereço: RUA AMADOR BUENO Nº 203-SANTOS-SP  
 Declarante: APARECIDA FRANCO Documento: RG. 5.628.233-4 Profissao: ESTETICISTA  
 Grau de Parentesco: FILHA  
 Fone(13) 32362775 Endereço: AV. BARCELONA DE CUSAO Nº 29 AP. 85 Bairro: ENFERE Cidade: SANTOS-SP

Responsavel pelo Preenchimento: **JOSEATO SILVA DE MORAES**

Assinatura do Funcionario

Assinatura do Declarante

Fla. Via Cartorio) Fla. Via Cemiterio) Fla. Via Armador) Fla. Via Corregedoria)