

Ofício 102/2010

Juiz de Fora, 10/03/2010
AMERICAN LIFE
A/C: Departamento de Sinistros

REF: APL SINSERPU/ASSOCIAÇÃO

SEG: ANTONIO CATARINO DAMASCENO/ENY MARIA BILATE

Visando dar andamento na indenização de cônjuge do segurado acima citado, estamos enviando os documentos abaixo relacionados

DOCUMENTAÇÃO:

- AVISO DE SINISTRO
- CERTIDÃO DE ÓBITO
- DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTAVEL
- RG, CPF DO SEGURADO(CNH)
- RG E CPF DO CONJUGE
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO FALECIDO
- COMPROVANTE RESIDENCIA DO CONJUGE
- HOLERITE
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.
- COMPROVANTE DO INSS

OBS. O MESMO TINHA SEGURO NAS 02 APOLICES. SINSERPU E ASSOCIAÇÃO.


VERTCON CLUBE DE
SEGUROS LTDA

VERTCON ADM. GERAL - 10000-000
Juiz de Fora 12/03/10



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

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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE			
ESTIPULANTE/EMPREGADOR		APÓLICE Nº	
SEGURADO CPY MARIA BILATE	DATA DE NASCIMENTO 06.01.34	PROFISSÃO APOSENTADA	ESTADO CIVIL AMARRADO
SINISTRO DE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE	CAUSA	DATA ADMISSÃO	ULTIMO 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
LOCAL E DATA		CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR	

INFORMAÇÕES DO SEGURADO			
SEGURADO ANTONIO CATARINO DAMASCENO	DATA DE NASCIMENTO 25.11.49	PROFISSÃO MOTORISTA	TELEFONE 3216-7716
ENDERECO SÃO GERALDO 97 COSTA CARVALHO	CIDADE JUIZ FORA	UF MG	
DATA DO ACIDENTE 20.02.2010	HORA 23:55	LOCAL DO ACIDENTE SANTA CASA	

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? SIM NÃO QUAL? _____

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO	
NOME	ENDEREÇO
NOME	ENDEREÇO

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO			
DATA 1º SOCORRO	LOCALIDADE	ESTABELECIMENTO	
		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.

JUIZ FORA - 09.03.2010
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Barão de São João Nepomuceno, 261 - Centro - CEP 36010-081 - Juiz de Fora - MG

Reconheço a(s) Firma(s) por Autenticidade. **ANTONIO CATARINO DAMASCENO**
 Em Teste. _____ de _____

EMOL 2,78 RECONHECIMENTO 0,17 IF 0,92 TOTAL: R\$ 3,87
 Juiz de Fora, MG, 10/03/2010 - 15:14
FERNANDO DE ANDRADE MAIA - TABELIAO
 SUBSTITUTOS
LUIZA D. R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE
CARLOS A. DE ALMEIDA - ARILDES MACEDO

NOTAS

CRIMINANDO MAIA

Cartão de Identificação
 Conselho de Classe
 74930

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO <i>312 Car</i>	DATA <i>20/02/10</i>	HORAS <i>23:41</i>	FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL? <i>hospital</i>	DATA DA 1ª CONSULTA <i>19/02/10</i>	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA <i>20/02/10</i>
QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL? <i>hemorragia da artéria abdominal</i>					
INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:					
A) PRIMÁRIA <i>choque hemorrágico</i>					
B) SECUNDÁRIA <i>ps. abertura de aneurisma da artéria abdominal</i>					
HOUE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO <i>312 Car</i>					
O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DESDE QUANDO? <i>02 meses</i>		QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? <i>do lar</i>	
QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?					
HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO SEGURADO? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.					
HOUE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS. <i>MAI</i>					
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					

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

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

A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É: LABORAL AUTONÔMICA

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

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

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

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE	DATA DO ATENDIMENTO MÉDICO	HISTÓRICO DO ACIDENTE
------------------	----------------------------	-----------------------

DESCRIÇÃO DETALHADA DA LESÃO

TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO

HOUE INTERNAÇÃO?	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? 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 SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E CLASSIFICANDO-AS SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO MÉDICO

ENDEREÇO

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS


25 FEV. 2010

LOCAL E DATA


 ASSINATURA E CARIMBO
 CRM 11136
 CPF 241.653.896-87

4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
 CNPJ: 20.451.225/0001-71 - TEL: (32) 3215-1066
 Galeria Constança Valadares, Lj 04/06 - CEP: 36.010.300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo:
 ALBERTO CASSIO BARRETO PORTUGAL
 Juiz de Fora, 25/02/2010

Em Testemunho  da verdade

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

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMENDAS E/OU RASURAS.



medico
reconheço firma

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

NOME
 ANTONIO CATARINO DAMASCENO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 M2470509 SSP MG

CPF 241.964.446-87 DATA NASCIMENTO 25/11/1949

FILIAÇÃO
 JOAO DAMASCENO
 MARIA PERPETUA DAMASCENO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 D

Nº REGISTRO 00967097430 VALIDADE 22/12/2012 1ª HABILITAÇÃO 27/12/1975



VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 255086343

OBSERVAÇÕES
 A ; X ;
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

Antonio Catarino Damasceno
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JUIZ DE FORA, MG DATA EMISSÃO 11/01/2010

[Signature] Oliveira Santiago Alencar 56054002459
 Chefe Detran / MG MG969984073
 ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
 255086343

ME 1º Ofício de Notas Tabelionato Marinho Faria Galeria Pio X - Loja 70 - Centro - CEP 36010-000 Juiz de Fora - MG - Telefone: (31) 3171-8323

AUTENTICAÇÃO
 Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé e cumpre a obrigação de fazer.
 Juiz de Fora, 25/02/2010

Em testemunho da verdade

Filipe Motta Vieira
 Filipe Motta Vieira
 Emol.: R\$2,95 Fundo Jud.: R\$0,92 Total: R\$3,87

Salão de Fiscalização
 AUTENTICAÇÃO
 JUIZ DE FORA - BFX 13818

EM BRANCO

PARA USO EXCLUSIVO DO CORREIO

- MUDOU-SE
- END. INSUFICIENTE
- NÃO EXISTE O Nº INDICADO
- DESCONHECIDO

- NÃO PROCURADO
- AUSENTE
- FALECIDO
- RECUSADO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

VISTO:

Carta

9912158136/2008-DR/MG
PJF

CORREIOS



PREFEITURA DE JUIZ DE FORA
 Secretaria de Administração e Recursos Humanos
 Subsecretaria de Pessoas
 Departamento de Monitoramento Profissional

Matrícula: 005841-6.01 Fevereiro/2010
 Antonio Catarino Damasceno
 Rua Sao Geraldo 97
 Costa Carvalho
 36070110 Juiz De Fora MG

Lotação: 09.092115.168
 Administração Veiculos

00046

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

Secretaria de Administração e Recursos Humanos
 Subsecretaria de Pessoas
 Departamento de Monitoramento Profissional
 Avenida Brasil, 2001 - 8º Andar - Centro
 36.060-010 - Juiz de Fora - MG

**AUTENTICAÇÃO
 É VÁLIDA PARA
 ANVERSO E VERSO**

IMPRESSÃO A LASER - ENGESOPT (31) 3465-0099 - MAC072L - HIG0710



PREFEITURA DE JUIZ DE FORA
Secretaria de Administração e Recursos Humanos
Subsecretaria de Pessoas
Departamento de Monitoramento Profissional

COMPROVANTE DE RENDIMENTOS

Febrero/2010

MATRÍCULA	NOME		CPF: 241.964.446-87		
005841-6.01	Antonio Catarino Damasceno				
CARGO			BANCO / AGÊNCIA / CONTA		
Motorista Veiculo Pesado I - H. 09.092115.168-Administração Veículos			Banco Do Brasil S/A 3205-0/ 28005 -4		
CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS	
0001	Salário	220	1.725,56		
0015	Insalubridade	20	113,00		
0017	Seguro Verticon			76,27	
0059	ATRAM CÓD. I			17,26	
0085	Sinserpu	1		17,26	
0272	TRIVALE-SINSERPU			98,50	
0308	AMMADI/PJF	1		17,25	
0531	IRRF	7,5		10,29	
0554	FPM (Folha)			202,24	
0559	Vale Transporte	72		103,54	
Salário			1.725,56	Base IRRF.: 1.838,56	
TOTAL			1.838,56	542,61	
VALOR LÍQUIDO			1.295,95		

MENSAGEM

7a9b81e24d esta é a sua senha que permite acessar serviços disponibilizados pela SARH: atualização de dados cadastrais, inscrição em cursos da Escola de Governo, avaliação de desempenho, etc. Sua senha é pessoal e intransferível.

ME 1º Ofício de Notas
Tabelionato Maranhão Faria

Galeria Pio X - Loja 70 - Centro - CEP 26070-240
Juiz de Fora - MG - Tel/Fax: (35) 3255-7024

AUTENTICADO
Conte com o original que me foi apresentado. Foi autenticado em Juiz de Fora em 07/03/2010.

Em testemunho da verdade.

Filipe Motta Vieira
Emol: R\$2,95 Fundo Jud: R\$0,92 Total: R\$3,87

Depto. de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO
BGH 25957

PRESSÃO A LASER - ENGISOFT (31) 3465-0889 - MAC07™

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MINAS GERAIS

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

ENY MARIA BILATE

MATRÍCULA:

056218015520104001251150083612- 11

SEXO

feminino //

COR

Branca //

ESTADO CIVIL E IDADE

separada judicialmente, com 76 anos de idade //

NATURALIDADE

Pirapetinga - MG //

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MG-2435673 - MG //

ELEITOR

era eleitora //

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

NILO BILATE (falecido) e MARIA DOS ANJOS FARIA BILATE (falecida) rua São Geraldo, 97-Costa Carvalho- Juiz de Fora - MG //

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinte de fevereiro de dois mil e dez às 23:55 horas //

DIA MÊS ANO

20/02/2010 //

LOCAL DE FALECIMENTO

Santa Casa de Misericórdia em Juiz de Fora - MG //

CAUSA DA MORTE

Insuficiência Respiratória Aguda, Choque, P.O. Aneurisma de Aorto Abdominal //

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO)

Juiz de Fora - MG //

DECLARANTE

ANTONIO CATARINO DAMASCENO //

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Lucimeiry Martins Dias CRM:25675 //

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Deixou filhos-06 filhos: Regina, Angela, Reinaldo, Raquel, Rogerio e Michele, deixou bens,não deixou testamento, nascido(a) em 06/01/1934. NADA MAIS. //

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS,
INTERDIÇÕES E TUTELAS 1º SUBDISTRITO
Oficial: JOSÉ THADEU MACHADO COBUCCI
Gr. Constança Valadares, 216, Centro
Juiz de Fora - MG

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Juiz de Fora - MG, 21 de fevereiro de 2010

Assinatura do Oficial

Elozaine Lozarini Santos
ESCREVENTE

REGISTRO CIVIL
1º SUBDISTRITO
José Thadeu Machado Cobucci
OFICIAL
Galeria Constança Valadares, 1º Andar
Juiz de Fora - MG

1.ª CERTIDÃO
Selo de Fiscalização
ISENTO
ABI 39107

AUTENTICAÇÃO
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Juiz de Fora, 25/02/2010

Em testemunho da verdade.

Flávia Motta Vieira
Emol.: R\$2,95 Fundo Jud.: R\$0,92 Total: R\$3,87

Selo de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO
BEK 13825

AA 5111911

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Declaro, para os devidos fins e efeitos de direito, que convivi em união estável de forma pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, no período compreendido entre 20-06-1983 e 19-02-2010, data do falecimento de 20-02-2010, tal como reconhecido no artigo 1.723 do Código Civil Brasileiro.

Declaro estar ciente de que caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarciremos a seguradora dos prejuízos decorrentes, além de estarmos sujeitos à ação criminal por infração do Art.299 do Código Penal Brasileiro.

Nome: ANTONIO CATARINO DA MASCENO.

Endereço: SÃO GERALDO 97 COSTA CARVALHO JR.

Assinatura *Antonio Catarino Damasceno*

RG M-2.470.509 e CPF 241.964.446-87

Testemunhas (Nome, RG, CPF)

- 1) Marcos Aurélio Moreira de Jesus M-542.161 - 38061287668
- 2) Maria José Torres da Gama M-9.168.582 - 028981666-18

**Caso necessite utilizar o verso desta folha.
Reconhecer firma das assinaturas.**

Juiz Foro 10.03.2010.
Local e Data

TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Barão de São João Nepomuceno, 261 - Centro - CEP 36010-081 - Juiz de Fora - MG

Reconheço a(s) Firma(s) por Gemelhança, MARCOS AURELIO MOREIRA DA GAMA, MARIA JOSE TORRES DA GAMA
Em Teste, da verdade

[Assinatura]

EMOL 2,78 RECONHEC 0,14 TF 0,92 TOTAL: R\$ 3,84
Juiz de Fora, MG, 10/03/2010 - 15:10
FERNANDO DE ANDRADE MAIA - TABELIAO
SUBSTITUTOS
LUIZA D. R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE
CARLOS A. DE ALMEIDA - ARILDES MACEDO

TABELIONATO DO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Barão de São João Nepomuceno, 261 - Centro - CEP 36010-081 - Juiz de Fora - MG

Reconheço a(s) Firma(s) por Autenticidade, ANTONIO CATARINO DAMASCENO
Em Teste, da verdade

[Assinatura]

EMOL 2,78 RECONHEC 0,14 TF 0,92 TOTAL: R\$ 3,87
Juiz de Fora, MG, 10/03/2010 - 15:14
FERNANDO DE ANDRADE MAIA - TABELIAO
SUBSTITUTOS
LUIZA D. R. MARTINS - MARCELO R. DE ANDRADE
CARLOS A. DE ALMEIDA - ARILDES MACEDO

Selo de Fiscalização
RECONHECIMENTO DE FIRMA
AUU 74935

Fiscalização
RECONHECIMENTO DE FIRMA
AUU 74935

Selo de Fiscalização
RECONHECIMENTO DE FIRMA
AUU 74931

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Emy Maria Bilate
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL MG-2.435.673 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/06/2001

NOME ENY MARIA BILATE

FILIAÇÃO NILO BILATE
MARIA DOS ANJOS FARIA BILATE

NATURALIDADE PIRAPETINGA-MG DATA DE NASCIMENTO 6/1/1934

DOC. ORIGEM CAS. AV. SEP. LV-8B FL-111-V
ALEM PARAIBA-MG

CPF 410967466-20

PII-2203

ASSINATURA DO DIRETOR MARGOS CUNHA

2. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ME 1º Ofício de Notas Tabelionato Marinho Faria

Galeria Pio X - Loja 70 - Centro - CEP 31.010-240
Juiz de Fora - MG - Fone: 3215-2000

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original que se foi apresentado. Dou fé
Juiz de Fora, 25/02/2010.

Em testemunho da verdade.

Filipe Motta Vieira
Filipe Motta Vieira

Emol.: R\$2,95 - Fundo Jud.: R\$0,92 - Total: R\$3,87

1º Ofício de Notas Tabelionato Marinho Faria

Seio de Fiscalização

AUTENTICAÇÃO

BFX 13823

JUIZ DE FORA

EM BRANCO



www.cemig.com.br

Agência Virtual

Distribuição S.A.

Fale com a Cemig 116

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

ENY MARIA BILATE
RUA SAO GERALDO 97 CX
COSTA CARVALHO
36070-110 JUIZ DE FORA, MG
CPF 410.967.466-20

Referente a
DEZ/2009
Código de Débito Automático:
000020054946

Nº DO CLIENTE
7003567169

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U Nº 005171281 - PTA Nº16.000114527.70

Table with 4 columns: Classificação, Medição, Datas de Leitura, Datas da Nota Fiscal, and Nº DA INSTALAÇÃO.

Table with 5 columns: Tipo de Medição, Leitura Anterior, Leitura Atual, Constante de Multiplicação, and Consumo kWh.

Informações Gerais
Tarifa vigente conforme Res. Aneel nº 797, de 07/04/09.
Isonção ICMS: Decreto Nº 43.080/02, Anexo I, Item 79A.
Há débitos anteriores.
O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.

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

Indicadores de Qualidade de Fornecimento
JUIZ DE FORA
Região: REG. DISTR. JUIZ DE FORA
Mês: 10/2009
Apurado: 0,00 DIC, 0,00 FIC, 0,00 DMIC
Permitido: 22,00 DIC, 14,00 FIC, 11,00 DMIC

Informações de Faturamento
Table with 5 columns: Parcelas, Valor R\$, %, Parcelas, Valor R\$, %.

VENCIMENTO 11/01/2010
VALOR A PAGAR R\$ 34,77

Histórico do Consumo
Table with 5 columns: Mês/Ano, Consumo kWh, Média kWh/Dia, Dias de Faturamento.

Reservado ao Fisco
4AE3.D2CF.35BD.23E9.BB3F.680D.3958.33E8

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

REAVISO DE CONTA(S) VENCIDA(S) / DÉBITO(S) ANTERIOR(ES)
Até 21/12/2009 constava(m) pendente(s) o(s) débito(s) que
sujeita(m) a unidade consumidora à suspensão do fornecimento
de energia elétrica a partir da(s) data(s) discriminada(s):
Mês/ano Valor - R\$ Data prevista para desligamento
11/2009 33,31 11/01/2010

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



Table with 4 columns: Unidade de Leitura, Conta Contrato, Vencimento, Total a Pagar.

83640000000-3 34770138006-0 10163156911-4 00020054946-7



ANOTAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Cabe exclusivamente ao INPS fazer as anotações das folhas desta Seção, bem como as ressalvas das emendas ou rasuras que acaso se tornem necessárias.

Os registros relativos à declaração de dependentes têm efeito meramente declaratório, exigindo a respectiva qualificação por ocasião da habilitação às prestações, em qualquer época.

A importância e o significado dos registros contidos na CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL tornam obrigatória a sua posse, mesmo para os segurados sem vínculo empregatício, como os trabalhadores autônomos, empregadores e funcionários vinculados à previdência por força de legislação especial.

RECOMENDAÇÕES

O portador desta carteira deverá ter o máximo empenho em sua conservação, pois deste documento dependerá o rápido atendimento junto a qualquer órgão do INPS.

Na hipótese de o segurado em gozo de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez retornar ao trabalho antes do prazo fixado pelo Instituto, essa volta deverá ser comunicada imediatamente ao INPS.

Se o segurado aposentado por idade e/ou tempo de serviço retornar ao trabalho, ficará sujeito à contribuição para o Instituto passando a ter direito a um pecúlio especial, que lhe será concedido no caso de afastamento definitivo da atividade, ou, por sua morte, aos respectivos dependentes.

IMPORTANTE

Responderá solidariamente com o beneficiário, perante o INPS, pela restituição de cotas de benefícios pagas, bem como de despesas resultantes da prestação de serviços médicos, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, aquele que inserir ou fizer inserir:

I - Nas folhas de pagamento de salários, pessoas que não possuam, efetivamente, a condição de segurado;

II - Na CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL do empregado, declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita;

III - Em quaisquer atestados necessários à concessão ou pagamento de prestações aos beneficiários, declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita.

(ART. 152 DO REGULAMENTO GERAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14/3/67).

INSCRIÇÃO DE SEGURADO, DE SEUS DEPENDENTES E DESIGNAÇÃO, EQUIPARAÇÃO E CONCORRÊNCIA DE DEPENDENTES

REGISTRO DE INSCRIÇÕES

MPAS / SINPAS / INPS
INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES
N.º PROTOCOLO <u>2647</u>
OL <u>61102009</u> DATA <u>03/12/85</u>
O portador da presente Carteira declarou como seu dependente <u>Cony Maria</u> <u>Pilati</u> DN <u>06/10/134</u> , para fins de benefícios e serviços na qualidade de <u>DF</u> <u>persona designada</u> em concorrência com <u>o pai</u> <u>do seg.</u>

4 0357854
- 9-12-85

1º Ofício de Notas Tabelação Maninho Faria
Galeria Pio X - Loja 70 - Centro - CEP 36010-000
Juiz de Fora - MG - Telefone (35) 322-1111

AUTENTICAÇÃO
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Juiz de Fora, 25/02/2010.

Em testemunho da verdade.
Filipe Motta Vieira
Emol.: R\$2,95 Fundo Jud.: R\$0,92 Total: R\$3,87

SELO DE FISCALIZAÇÃO
AUTENTICAÇÃO
RFX 13821

EM BRANCO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Nº do Sinistro:

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) da indenização do Seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar recusa pela instituição Financeira.

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

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO					
	BANCO (NÚMERO)	Nº AGENCIA	DÍGITO AGENCIA	Nº DA CONTA	DÍGITO CONTA
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	Brasil	3205	0	28005	4
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA					

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

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

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

Guilherme 10/03/2010
LOCAL E DATA

[Assinatura]
ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)
(Assinar igual ao RG - Não precisa reconhecer firma)

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