

Ofício 509/2011

Juiz de Fora, 14 DE ABRIL 2011

À

AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

A/C: Departamento de Sinistros

REF: APL SINERPU

SEG :CARLOS ALBERTO SPADA

. Visando dar entrada no Sinistro de morte e cesta básica conforme documentação anexa:

DOCUMENTAÇÃO:

Aviso de sinistro
Certidão de óbito segurado
Certidão casamento atualizada
RG E CPF do segurado
RG E CPF cônjuge
Certidão do filho
Holerite
Comprovante residência do segurado
Declaração de residência da cônjuge
Autorização de pagamento

Atenciosamente


VERTCON SEGUROS

Ofício 509/2011

Juiz de Fora, 14 DE ABRIL 2011

À

AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS
A/C: Departamento de Sinistros

REF: APL SINERPU

SEG :CARLOS ALBERTO SPADA

. Visando dar entrada no Sinistro de morte e cesta básica conforme documentação anexa:

DOCUMENTAÇÃO:

Aviso de sinistro
Certidão de óbito segurado
Certidão casamento atualizada
RG E CPF do segurado
RG E CPF cônjuge
Certidão do filho
Holerite
Comprovante residência do segurado
Declaração de residência da cônjuge
Autorização de pagamento

Atenciosamente


VERTCON SEGUROS

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Juliana Andrade 19/04/11



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	
SEGUARADO CARLOS ALBERTO SPADA	DATA DE NASCIMENTO 14.09.64	PROFISSÃO SCRV.ÓBRAS	ESTADO CIVIL CASADO
SINISTRO DE <input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE	CAUSA	DATA ADMISSÃO	ULTIMO DIA TRABALHADO ULTIMO SALÁRIO
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

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGUARADO CARLOS ALBERTO SPADA	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE
ENDEREÇO AVENIDA TERRES 825 STA LUZIA	CIDADE JA	UF MG.	
DATA DO ACIDENTE 27.03.2011	HORA 22:20	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
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.

13 ABR. 2011

LOCAL E DATA

Raquel Ferreira Barbosa Spada
 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

ME 1º Ofício de Notas
 Tabelionato Maninho Faria

Galeria Pio X - Loja 70 - Centro - CEP 36010-240
 Juiz de Fora - MG - Telefax: (32) 3215-7604

RECONHECIMENTO DE FIRMA
 Reconheço por semelhante a(s) firma(s):
RAQUEL FERREIRA BARBOSA SPADA
 Juiz de Fora, 13/04/2011 10:29:09 31170
 Em testemunho da verdade

Vanessa Vitella Bastos - Jo
 Emol.:R\$3,22 Fundo Jud.:R\$1,01 Total:R\$4,23

Cartão de fiscalização
Selo de fiscalização
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
 AYW 63060

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO

Carla Alberto Sada

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO

DATA

HORAS

FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?

DATA DA 1ª CONSULTA

DATA DA ÚLTIMA CONSULTA

27/3/2011 22:20 Santa Casa 1 Juy de Fon

07/06/2010

27/3/2011

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?

Leucemia Linfoblástica Aguda

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

A) PRIMÁRIA

Choque séptico

B) SECUNDÁRIA

Leucemia Aguda

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

Sim Santa Casa Juy de Fon Dia 26/3/11 - Choque séptico

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?

DESDE QUANDO?

QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO?

QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?

SIM NÃO

Jenifer Geis

2 JUS

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

NJ

HOVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS.

NJ

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.

NJ

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

NJ

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA

DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO

DATA 1ª CONSULTA

DATA INÍCIO DA DOENÇA

DATA ÚLTIMA CONSULTA

DATA INVALIDEZ TOTAL

DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO

O PACIENTE ESTÁ TOTALMENTE INVÁLIDO?

A INVALIDEZ É DEFINITIVA?

SIM NÃO

SIM NÃO

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO?

A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É:

SIM NÃO

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.)

HOVE 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

HOVE 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 DIFINITIVA, 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 SEQUÉLAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E CLASSIFICANDO-AS SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO MÉDICO

Angelo Atalla

ENDEREÇO

Av. 920 Bma 3408

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Juy de Fon 27/04/11

LOCAL E DATA



CRM Nº 12092

Angelo Atalla

ASSINATURA E CARIMBO


Dr. Angelo Atalla
CRM - 12092-MG
HEMATOLOGIA CLÍNICA

medica
REC VERSO
Carinha e
nanha Bruna


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

PLI 430



POLEGAR DIREITO



Carteira de Identidade

Carlos Alberto Spada

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL M-4.295.972

DATA DE EXPEDICAO 21/05/86

NOME CARLOS ALBERTO SPADA

FILIAÇÃO LUIZ SPADA NETO
MARIA ROSA SPADA

NATURALIDADE JUIZ DE FORA-MG

DATA DE NASCIMENTO 14/09/64

DOC ORIGEM NAS LV-114A FL-95V JUIZ DE FORA

CPF

LE O HORIZONTE MG

ASSINATURA *Carlos Alberto Spada*

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83

AUTENTICACAO

Notaria do Oficio
MAMINHO FARIA

CONFERE COM O ORIGINAL
APRESENTADO DOU FE

J.FORA

13 ABR 2011

Em Test. da Verdade
Gal. Pio X, 70 Juiz de Fora-MG

Notário ENY MAMINHO FARIA
VANESSA VILELA BRETOS
Escritora Autógrafa

Poder Judiciário
do Estado de Minas Gerais
Corregedoria Geral de Justiça

Selo de Fiscalização

AUTENTICACAO
BNL 77292

EMOL.: R\$ 3,04
RECOMP.: R\$ 0,18
T. JUD.: R\$ 1,01

06.1.04.00-2

1708/91

DRF B
JUIZ DE FORA

DRF em JUIZ DE FORA (MG)
11/05/2011
SRRF/CA 31
NF-DRF

MINISTERIO DA ECONOMIA,
FAZENDA E PLANEJAMENTO
DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL

CIC

Nº DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FISICAS - CPF
656 834 416 15

NOME COMPLETO
CARLOS ALBERTO SPADA

NASCIMENTO
14-09-64

ASSINATURA
Carlos Alberto Spada

TERA VALIDADE SE MENTE COM A APRESENTACAO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

AUTENTICACAO

Notaria do Oficio
MAMINHO FARIA

CONFERE COM O ORIGINAL
APRESENTADO DOU FE

J.FORA

13 ABR 2011

Em Test. da Verdade
Gal. Pio X, 70 Juiz de Fora-MG

Notário ENY MAMINHO FARIA
VANESSA VILELA BRETOS
Escritora Autógrafa

Poder Judiciário
do Estado de Minas Gerais
Corregedoria Geral de Justiça

Selo de Fiscalização

AUTENTICACAO
BNL 77291

EMOL.: R\$ 3,04
RECOMP.: R\$ 0,18
T. JUD.: R\$ 1,01

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

Marco/2011

MATRÍCULA: 019554-5.01 NOME: Carlos Alberto Spada CPF: 656.834.476-15

CARGO: Auxiliar de Serviço - E BANCO / AGÊNCIA / CONTA: Banco Do Brasil S/A
07.072034.122-Efetivos 2995-5/00036669 -2

COD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
0001	Salário	220	613,32	
0015	Insalubridade	20	122,00	
0313	Abono		70,00	
0500	Abono Família	1	20,73	
0017	Seguro Verticon			18,00
0133	BMG			82,41
0222	Co Partic. S. Servidor	31/84		109,74
0224	Plano de Saúde			132,36
0288	Banco Rural	34/72		54,29
0511	Contribuição Sindical			26,84
0554	FPM (Folha)			-80,89

*ENDERECO
VERSO*

Salário	613,32	Base IRRF.:	805,32	TOTAL	826,05	504,53
VALOR LÍQUIDO					321,52	

MESSAGEM
 JUIZ DE FORA EM GUERRA CONTRA A DENGUE.
 DISQUE-DENGUE: 199

IMPRESSÃO A LASER - ENGESOF (31) 3465-0999 - IMG1540



American Life Companhia de Seguros
 CNPJ: 67.865.360/0001-27
 Av. Angélica, 2029 - 5º andar - São Paulo - SP - CEP 01227-200
 Central de Atendimento: Grande São Paulo: (11) 3154-2929
 Outras Localidades: 0800 77 01 102
 E-mail: alseg@alseg.com.br - Website: www.alseg.com.br

CARTÃO PROPOSTA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO / ACIDENTES PESSOAIS

Estipulante <i>Sertcon clube de Seguros</i>		Código Estipulante	
Subgrupo/Empresa <i>Sem sempre</i>		Código Subgrupo	
Nome do Proponente <i>Carlos Alberto Spada</i>		CPF <i>656.834.426-18</i>	
Endereço Residencial <i>Rua Aurora Torres 825</i>		Município <i>S. Julia (SP)</i>	
Data de Nascimento <i>11/09/64</i>	Sexo <i>M</i>	Estado Civil <i>Casado</i>	Nº Documento de Identidade
Orgão Emissor		Data de Emissão	Profissão

CAPITAIS SEGURADOS (R\$)				
MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INVALIDEZ PERMANENTE		ASSISTÊNCIA FUNERAL
		TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	TOTAL POR DOENÇA	
Plano Nº	Custo (R\$)	Início de Vigência	A vigência será a partir do 1º dia do mês subsequente ao pagamento da 1ª parcela	

O CAPITAL PARA MORTE ACIDENTAL JÁ INCLUI O CAPITAL PARA MORTE NATURAL

BENEFICIÁRIOS			
Nome	Data de Nascimento	Parentesco	% Participação
<i>Raquel Ferreira Barbosa S.</i>	<i>08-01-72</i>	<i>comp.</i>	<i>100%</i>

Declaro para os devidos fins e efeitos de direito que as informações ora prestadas são verdadeiras, completas e de boa fé. ESTOU CIENTE QUE NOS TERMOS DO ARTIGO 766 E SEU PARÁGRAFO ÚNICO DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO, INFORMAÇÕES ERRADAS, OMISSAS OU INCOMPLETAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NA TAXA DO PRÊMIO ACARRETERÃO A PERDA DO DIREITO DE INDENIZAÇÃO, SEM PREJUÍZO DE COBRANÇA DO PRÊMIO. O ESTIPULANTE acima nomeado conforme previsto no artigo 801 do Código Civil, fica desde logo investido em poderes de representação junto à Seguradora, vedado o cancelamento do seguro sem a minha solicitação expressa, podendo incluir o meu nome como segurado, no seguro de vida em grupo contratado com a AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS.

Juiz de Fora - 20-11-06
Local e Data

Carlos Alberto Spada
Assinatura do Proponente

Carlos Alberto Spada
Assinatura

Juiz de Fora - 20-11-06
Local e Data

Declaro que nada omite em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verdadeiras. Concordo que as declarações que prestei passam a fazer parte integrante do(s) contrato(s) de seguro(s) a ser(em) celebrado(s) com a Sociedade Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las, em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

AUTORIZAÇÃO

1. Encontra-se atualmente afastado da plena atividade de trabalho? *N*
2. É portador de alguma moléstia que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente? Esclareça. *N*
3. Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação? *N*
4. Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (inclusive biópsia)? Qual(is)? (Anexar exame anatomopatológico) *N*
5. Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? Cite-os. *N*
6. Tem alguma deficiência de órgãos dos sentidos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Cite-os. *N*
7. Já teve proposta de seguro de vida recusada por Sociedade Seguradora? Qual? *N*
8. É tripulante profissional ou amador de qualquer aeronave? Exerce alguma atividade a bordo de aeronave? Pratica esportes de risco? É piloto automobilístico de competição ou de prova? *N*
9. Já recebeu indenização por acidente ou doença? Em caso afirmativo, cite a seguradora e o motivo da indenização. *N*
10. Possui outros seguros de vida? Especifique a seguradora, o tipo de seguro, apólice e capitais segurados. *N*

Responda às perguntas abaixo de próprio punho, escrevendo por extenso as palavras "sim" e "não" e as explicações quando for o caso.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MINAS GERAIS

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

CARLOS ALBERTO SPADA

MATRÍCULA:

0562180155 2011 4 00128 070 0087034 34

SEXO

masculino //

COR

Branca //

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, com 46 anos de idade //

NATURALIDADE

Juiz de Fora - MG //

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

M4295972 SSP - MG //

ELEITOR

era eleitor //

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

LUIZ SPADA NETO e MARIA ROSA SPADA, Rua Aurora Torres, 825 em Juiz de Fora - MG //

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinte e sete de março de dois mil e onze às 22:20 horas //

DIA MÊS ANO

27/03/2011 //

LOCAL DE FALECIMENTO

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

CAUSA DA MORTE

choque séptico, neutropenia febril, leucemia //

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO)

Juiz de Fora - MG //

DECLARANTE

PAULO SÉRGIO SPADA //

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Bianca Cristina Matos Lemos de S. Lima CRM:40155 //

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

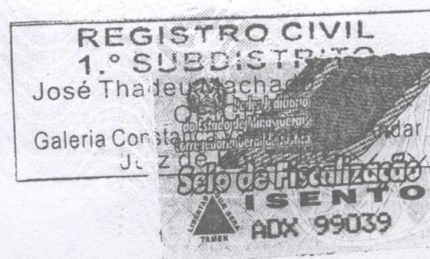
Deixou 01 filho: Daniel c/04 anos de idade, ignora se deixou bens, não deixou testamento, nascido(a) em 14/09/1964, casado com Raquel Ferreira Barbosa Spada. NADA MAIS. //

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS,
INTERDIÇÕES E TUTELAS 1º SUBDISTRITO
Oficial: JOSÉ THADEU MACHADO COBUCCI
Substituto: Frederico Moutinho Laguardia dos Santos
Gr. Constança Valadares, 216, Centro
Juiz de Fora - MG
www.cartoriocobucci.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Juiz de Fora - MG, 28 de março de 2011

Assinatura do Oficial

CARLOS DA CRUZ MOREIRA
ESCREVENTE



6309682

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE CASAMENTO
NOMES:
CARLOS ALBERTO SPADA
RAQUEL FERREIRA BARBOSA

MATRICULA:
0562180155 1996 2 00028 147 0015696 84

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

CARLOS ALBERTO SPADA, nascido aos 14/09/1964 em JUIZ DE FORA - MG, brasileiro, filho de LUIZ SPADA NETO e MARIA ROSA SPADA. //
RAQUEL FERREIRA BARBOSA, nascida aos 08/01/1972 em RIO DE JANEIRO - RJ, brasileira, filha de NELSON ANDRELINO BARBOSA e ZILAR FERREIRA BARBOSA //

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

DIA MÊS ANO

dezessete de maio de mil novecentos e noventa e seis //

17/05/1996 //

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens //

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

RAQUEL FERREIRA BARBOSA SPADA //

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

"CARLOS ALBERTO SPADA faleceu nesta cidade aos 27/03/2011, conforme consta do termo nº. 87.034 lavrado às fls. 070 V do livro n. 128 C, deste Ofício. Juiz de Fora, 28/03/2011." NADA MAIS. //

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS, O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
INTERDIÇÕES E TUTELAS 1º SUBDISTRITO Juiz de Fora - MG, 05 de abril de 2011
Oficial: JOSÉ THADEU MACHADO COBUCCI
Substituto: Frederico Moutinho Laguardia dos Santos
Glr. Constança Valadares, 216, Centro
Juiz de Fora - MG
www.cartoriocobucci.com.br

Assinatura do Oficial

EMOL.: R\$ 3,04
RECOMP.: R\$ 0,18
T. JUD.: R\$ 1,01

Lei nº 15424/04

Tabela	Item	8 e 9
Certidão C/Av	R\$	23,90
T. Fisc. Jud.	R\$	4,53
Total	R\$	28,43

AUTENTICAÇÃO
Notaria do Ofício
MANIMHO FARIA
CONFERE COM O ORIGINAL
APRESENTADO DOU FÉ
J.FORA
13 ABR 2011
Em Test. da Verdade
Gal. Pio X, 70 Juiz de Fora - MG
Notário ENY MACHADO FERREIRA
VANESSA VILELA DOS SANTOS
Esp. Adv. A. C. S. S.

Selo de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO
BNL 77286

Selo de Fiscalização
REGISTRO CIVIL
1º SUBDISTRITO
JOSÉ THADEU MACHADO COBUCCI
Gl. Constança Valadares, 1º Andar
Juiz de Fora - MG
Selo de Fiscalização
CERTIDÃO
APN 02578

Declaro Para os devidos fins que
eu Raquel Ferreira Barbosa Spada residente
a R. Aurora Tames 825. Santa Lucia. N.º Paulo
Campesante de residência em meu nome.

Jus de Fora 14/04/2011

Raquel Ferreira Barbosa Spada



American Life Companhia de Seguros
Av. Angélica, 2626, térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-220
CNPJ: 67.865.360/0001-27
Fone: (11) 3017.0022 - Fax: (11) 3017.0020

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) do seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar problemas no recebimento da indenização no banco.

Eu _____, portador do RG nº _____, expedido por _____, na data de _____ e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº _____, 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)

Raquel Ferreira Barbosa Spada

Número de Banco e Nome	Número da Conta e Dígito	Número da Agência (sem dígito)
Brasul	37.373 17	3139-9

Tipo de Conta () Conta Corrente () Conta Poupança

Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- () **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor)
- (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

SP - 14.04.2011

Raquel Ferreira Barbosa Spada
Assinatura do beneficiário (a)
assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)
assinar conforme consta em RG

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º ou 2º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.