

Processo nr.

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

Segurado **CARLOS MENDES FERREIRA**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PRÓPRIO SEGURADO	MORTE NATURAL	27/01/2014	30/05/2014

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO AUTENTICADO, PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MEDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE CARLOS MENDES FERREIRA;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA DO HOLERITE DO SEGURADO COM CARIMBO CONFERE COM ORIGINAL REF. AO MÊS 12/2013;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO EM NOME DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE UNICOS HERDEIROS AUTENTICADA;
COPIA SIMPLES DA CNH DE LEO WANDERLEY LEAL;
COPIA SIMPLES DO RG COM CPF DE MARCOS MENDES FERREIRA;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO EM NOME DE BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA;
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA BANCARIA EM NOME DE BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA.

Processo nr.

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

Segurado **CARLOS MENDES FERREIRA**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	MORTE NATURAL	27/01/2014	30/05/2014

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO AUTENTICADO, PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MEDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE CARLOS MENDES FERREIRA;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA DO HOLERITE DO SEGURADO COM CARIMBO CONFERE COM ORIGINAL REF. AO MÊS 12/2013;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO EM NOME DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE UNICOS HERDEIROS AUTENTICADA;
COPIA SIMPLES DA CNH DE LEO WANDERLEY LEAL;
COPIA SIMPLES DO RG COM CPF DE MARCOS MENDES FERREIRA;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO EM NOME DE BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA;
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO EM CONTA BANCARIA EM NOME DE BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA.



Prefeitura Municipal de Rio Claro - SP

Diretoria de Gestão de Pessoas

À

AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Enviamos documentos abaixo para encaminhamento à American Life Companhia de Seguros

NOME DO SEGURADO: CARLOS MENDES FERREIRA

☒ **SEGURO AUTOMÁTICO**

☐ **SEGURO FACULTATIVO**

☐ **FALECIMENTO DA ESPOSA (O)**

☒ **FALECIMENTO DO SEGURADO**

☐ **REEMBOLSO FUNERAL**

☐ **D.I.T.**

☐ **CESTA BASICA**

☐ **OUTROS DOCUMENTOS**

ENTREQUE EM. 21/05/2014

American Life Companhia de Seguros

OBS.:

Am. Life Comp. Adm. Cor.
Seguros
Margarida N. B.
20-05-2014



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

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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR Prefeitura Municipal de Rio Claro		APÓLICE Nº	
SEGURO	DATA DE NASCIMENTO 02/03/1957	PROFISSÃO Ajudante geral	ESTADO CIVIL Solteiro
SINISTRO DE MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ PROFISSIONAL ☐ NATURAL ☒ DOENÇA ☐ ACIDENTE ☐	CAUSA 04/05/2003	DATA ADMISSÃO 04/05/2003	ÚLTIMO DIA TRABALHADO 04/05/2003
ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? ☐ SIM ☐ NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO			

De ____/____/____ a ____/____/____ - Motivo : _____
De ____/____/____ a ____/____/____ - Motivo : _____
De ____/____/____ a ____/____/____ - Motivo : _____
De ____/____/____ a ____/____/____ - Motivo : _____
Estava aposentado? ☐ SIM ☐ NÃO Desde quando? _____ - Motivo : _____

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE
Benedita Lixeira Ferreira	mãe	Av. 54 nº 2855 Jd. Alfredo Karam Rio Claro/SP	79

Rio Claro, 08 de Maio de 2014.

LOCAL E DATA

Carimbo e Assinatura do Estipulante/Empregador

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO Carlos Mendes Ferreira	DATA DE NASCIMENTO 02/03/1957	PROFISSÃO Ajudante geral	TELEFONE
ENDEREÇO Av. 54 nº 2855 Jd. Paulista II	CIDADE Rio Claro	UF SP	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE	

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
NOME DO MÉDICO	CRM Nº	ENDEREÇO

INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURADORA	APÓLICE Nº	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INV. PERM. ACIDENTE	INV. PERM. DOENÇA	PROFISSIONAL

Nesta oportunidade, autorizo a American Life Companhia de Seguros, através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao segurado, as informações sobre o seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

Rio Claro, 08 de Maio de 2014

LOCAL E DATA

Assinatura do Segurado e/ou Responsável

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO

CARLOS MENDES FERREIRA

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

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?

Choque Séptico

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

A) PRIMÁRIA

Broncopneumonia

B) SECUNDÁRIA

Encefalopatia Hepática

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

Sim, na Casa de Rio Claro, de 26 a 27/Jan/14. Broncopneumonia

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?

[] SIM

[X] NÃO

DESDE QUANDO?

QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO?

QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?

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

nao

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

ignorado

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.

nao

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

Equipe de UTI

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?

[] SIM [X] NÃO

A INVALIDEZ É DEFINITIVA?

[] SIM [X] NÃO

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO?

[] SIM

[X] NÃO

A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É:

[X] 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 DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?

EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZA-LA? [] SEM INVALIDEZ [X] COM INVALIDEZ

CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZA-LA? [] PERMANENTE [] TOTAL [X] TEMPORÁRIA [] PARCIAL

SE PARCIAL, INDIQUE: % DE REDUÇÃO FUNCIONAL [] MÍNIMA [X] 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

Andre Luiz Pinto da Fonseca

ENDEREÇO

Rua 2, 297

Sande

Rio Claro

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Rio Claro

LOCAL E DATA

10/02/2014

CRM Nº

24904

Dr. Andre Luiz Fonseca

ASSINATURA E CARIMBO

CRM 24.904

ESTE TABELIONATO ESTÁ FILIADO À Central de Sinal Público Consulte

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS E LETRAS
RUA 6, Nº 621/623 - RIO CLARO - SP - CEP: 13500-050
FONE: (19) 3524-2441 - FAX: (19) 3534-1158 - DR. WALDO OLIVEIRA
Reconheço por Semelhança sem valor econômico, firma de:
ANDRE LUIZ PINTO DA FONSECA, Dou Fe. III

Rio Claro-SP, 11 de Fevereiro 2014 16:10:14

Em Testo, m da verdade

Valido c/selo Aut. - Valor R\$4,50-SIMONE DOS REIS CORREIA

QUALQUER EMENDA OU RASURA SERÁ CONSIDERADA COMO INDÍCIO DE ADULTERAÇÃO OU TENTATIVA DE FRAUDE



Simone dos Reis Correia
Escritora Autorizada
RG: 46.690.373-x
CPF: 356.916.318-02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNI

779-9



Carlos Mendes Ferreira
SIGNATURA DO TITULAR

IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

10.814.886-3

DATA DE EXPEDIÇÃO

23/03/1990

NOME

CARLOS MENDES FERREIRA

FILIAÇÃO

JOAQUIM MENDES FERREIRA

E BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA

NATURALIDADE

PACAEMBU - SP

DATA DE NASCIMENTO
02/MAR/1957

DOC ORIGEM

PACAEMBU SP

PACAEMBU

CN: LV. 410 / FLS. 178 / N. 010692

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

0868AB293989



DR. VALDIR JOSÉ INFORZATO - TABELÃO
AUTENTICAÇÃO. Autentico a presente
cópia reprográfica conforme o original e
nada apresentado do que dou fé.

08 MAI 2014

ALINE F BARBOSA
OSMAR ROZAM JUNIOR
DAIANE M. REINA
RENATA LAUTENSCHLAEGER
Válido somente com selo de autenticação

DE LETRAS E TÍTULOS DE RIO CLARO - SP
Rua 5 nº 855 - Rio Claro - SP
Dr. Valdir José Inforzato
TABELÃO
TABELÃO DE NOTAS E DE PROTESTO

NASCIMENTO

02.03.57

INSCRIÇÃO NO CPF

947 370 108 04

CONTRIBUINTE

CARLOS MENDES FERREIRA

Valdir José Inforzato
SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

0868AB293989



DR. VALDIR JOSÉ INFORZATO - TABELÃO
AUTENTICAÇÃO. Autentico a presente
cópia reprográfica conforme o original e
nada apresentado do que dou fé.

08 MAI 2014

ALINE F BARBOSA
OSMAR ROZAM JUNIOR
DAIANE M. REINA
RENATA LAUTENSCHLAEGER
Válido somente com selo de autenticação

DE LETRAS E TÍTULOS DE RIO CLARO - SP
Rua 5 nº 855 - Rio Claro - SP
Dr. Valdir José Inforzato
TABELÃO
TABELÃO DE NOTAS E DE PROTESTO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Carlos Mendes Ferreira

Rio Claro, 05 de Maio de 2014.

Eu BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA, RG 9.970.802-4, declaro que a Sr. CARLOS MENDES FERREIRA residia no end. Avenida 54 nº. 2855 – Jardim Paulista II CEP 13504-410, e não possuía comprovante de residência em seu nome.

Sem mais declaro ser verdadeira a declaração acima, firmo o presente.


Benedita Teixeira Ferreira



1º Tabelião de Notas - Valdir José Inforzato
Rua 5, 855 - Centro - Rio Claro/SP - Fone: (19) 3524-2452 - Fax: (19) 3534-5641 - Cep 13500-040
www.cartorioinforzato.com.br

Reconheço por Semelhança(S/Vl. Econômico) a(s) firma(s)
de, BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA, Dou Fe. ***

Rio Claro-SP, 8 de Maio 2014 11:26:45

Em Testo. _____ da verdade

Valido c/selo Aut. - Valor R\$4,50-DATANE MALAFAIA REINA

1º TABELIÃO INFORZATO
Daiane Malafaia Reina
Escritoriente Autorizada

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

PREFEITURA MUN DE RIO CLARO RUA 3 Funcao : AJUDANTE GERAL Funcao Origem :		RECIBO DE PAGAMENTO DE SALARIO Admissao : 01/05/2003 Competencia : DEZEMBRO/2013		
Codigo Nome 013317 CARLOS MENDES FERREIRA	Local 630	Orgao 17.01.02	Folha 1	
Cod.	Descricao	Refer.	Vencimentos	Descontos
315	AUXILIO DOENCA - IPRC		933,73	
427	SOCIOS SINDICATOS TR PMRC	2,50		20,36
440	SIND. BCO LUSO BRASILEIRO	32,72		54,85
442	CONSIGNACAO SIMCRED			69,28
484	SIND.CARTAO			94,83
883	I.P.R.C.	11,00		112,87
----- Mensagem -----			Tot.de Vencto	Tot.de Descto
			933,73	352,19
Banco BANCO SANTANDER S/A Agen. RIO CLARO C/C 000010733015			Vlr.Liquido ->	581,54
Salário Base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
814,35	1.026,08	0,00	0,00	820,86

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO
 AUTENTICAÇÃO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 20 MAIO 2014
 DEPARTAMENTO DE GESTÃO
 DE PESSOAS
 Nairé
 Assessora Sec. Administração
 Depart. Gestão de Pessoas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
** CARLOS MENDES FERREIRA **

MATRÍCULA:
** 115543 01 55 2014 4 00139 172-0070339-85 **



SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO COR ☐ branca ESTADO CIVIL E IDADE ☐ solteiro - 56 ANOS DE IDADE

NATURALIDADE ☐ PACAEMBU-SP DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ☐ RG 108148865 ELEITOR ☐ SIM

FILIAÇÃO E RESIDENCIA ☐ Joaquim Mendes Ferreira e Benedita Teixeira Ferreira ***
RESIDENTE NA AVENIDA 54 Nº 2855, JARDIM PAULISTA II, RIO CLARO, SP ***

DATA E HORA DO FALECIMENTO ☐ VINTE E SETE DE JANEIRO DE DOIS MIL E QUATORZE - ÀS 13:20 H DIA ☐ 27 MÊS ☐ 01 ANO ☐ 2014

LOCAL DE FALECIMENTO ☐ NA IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIO CLARO, SP

CAUSA DA MORTE ☐ CHOQUE SÉPTICO, BRONCOPNEUMONIA, ENCEFALOPATIA HEPÁTICA, INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO (MORTE NATURAL) ***

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) ☐ SEPULTADO NO CEMITÉRIO SÃO JOÃO BATISTA DE RIO CLARO, SP. DECLARANTE ☐ BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO ☐ Dr. EGBERTO GUSTAVO DO CARMO - CRM 69.370

OBSERVAÇÕES ☐ O finado era eleitor, não deixou bens a inventariar e não deixou filhos. Era o que me cumpria certificar. ***

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
RIO CLARO, 30 de janeiro de 2014

ANTÔNIO CARLOS MAZZEO JUNIOR
ESCREVENTE AUTORIZADO
ISENTO DE EMOLUMENTOS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Nome _____ do _____ Segurado
(a) CARLOS MENDES FERREIRA

Data do óbito 27/ JANEIRO /20 14

Declaramos, expressamente perante a SEGURADORA AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS que a vítima acima faleceu no estado civil de SOLTEIRO, deixando o total de 0 filho (s), não deixando outro (s) herdeiro (s) legal (is) além do (s) abaixo mencionado (s), isentando-a, desde já, de qualquer responsabilização em caso de eventual pedido complementar de indenização do presente Seguro de Vida, por pessoa (s) diversas da (s) abaixo assinalada (s), sujeitando-me (nos) a devolução do valor recebido, caso seja constatada a declaração inverídica.

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

☒ não deixou companheira(o)

(_____) deixou _____ companheira(o) de nome _____

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

Nome do beneficiário	Qualidade de (Grau de Parentesco)	Assinatura
1 <u>BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA</u>	<u>MÃE</u>	<u>[Assinatura]</u>
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Testemunha 1:

_____ [Assinatura]

Testemunha

2: _____ [Assinatura]

→ Testemunhas - (2)
Cópia Simples RG e CPF



Detalhamento da Matrícula

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



1º Tabelião de Notas - Valdir José Inforzato

Rua 5, 855 - Centro - Rio Claro/SP - Fone: (19) 3524-2452 - Fax: (19) 3534-5641 - Cep 13500-040
www.cartorioinforzato.com.br

Reconheço por Semelhança(C/Vl. Economico) a(s) firma(s)
de, MARCOS MENDES FERREIRA, BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA,
LEO WANDERLEY LEAL, Dou Fe. ***

Rio Claro-SP, 8 de Maio 2014 11:23:05

Em Testo.. da verdade

Valido c/selo Aut. - Valor R\$20,40-DATANE MALAFAIA REINA



TABELIÃO INFORZATO
Dajane Malafaia Reina
Arrevante Autorizada

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

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
558265016

VALIDA

NOME
LEO WANDERLEY LEAL

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
13992349 SSP/SP

CPF
040.006.198-88

DATA NASCIMENTO
11/03/1962

FILIAÇÃO
ARISTEU LEAL
IOLANDA BIASON LEAL

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
02272012890

VALIDADE
21/03/2017

1ª HABILITAÇÃO
15/07/1980

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO
21/03/2012

64885664164
SP540535400

ASSINATURA DO EMISSOR
DETRAN SP (SAO PAULO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
558265016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8240-4

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

8645-081519

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 14.278.815-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/AGO/2012

NOME MARCOS MENDES FERREIRA

FILIAÇÃO JOAQUIM MENDES FERREIRA

E BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA

NATURALIDADE PACAEMBU - SP DATA DE NASCIMENTO 05/JUN/1964

DOC ORIGEM PACAEMBU-SP

PACAEMBU

CN: LV.A016/FLS.224V/N.018064

CPF 034209448/37

195 Delegado Divisionário

Roberto SILVA PARA DO B. P. 195

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GUMBERTO DA SILVA
MAIOR DE 65 ANOS

8240-4



PROIBIDO PLASTIFICAR

[Handwritten signature]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.970.802-4

DATA DE
EXPEDIÇÃO 05/JAN/2012

NOME BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA
PAIÇÃO JOÃO TEIXEIRA PIRES
E OLINDA AMÉLIA

NATURALIDADE
CAFELÂNDIA -SP

DATA DE NASCIMENTO
10/JUN/1934

DOC ORIGEM GETULINA-SP

GETULINA

CC:LV.B8

/FLS.123 /N.002104

CPF 001237468/76

195 Delegado Divisionário
Roberto SILVA DO AMARAL HRCO-SSP-SP

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

166667848980

0868A8293991

AUTENTICAÇÃO

DR. VALDIRENE INFANTE

08/05/2014

Cópia reprográfica conforme o original e
sem apresentação do que deu fé.

08 MAI 2014

ALINE F BARBOSA

OSMAR ROZAM JUNIOR

DAIANE M. REINA

RENATA LAUTENSCHLAGER

Válido somente com selo de autenticidade

2,50 p/ at.

1ª TABELA DE NOTAS E DE PROTES
Dr. Valdir José Infante
TABELA
Rua 5 nº 855 - Rio Claro
LETRAS E TÍTULOS DE RIO CLARO

Nota Fiscal / Conta de energia elétrica 153,856

Próxima Leitura: 20/05/2014
Conta do Mês: ABRIL/2014
Vencimento: 28/05/2014
Valor: 143,56

BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA
AV. A. J. 7855 - JD ALFREDO KARAN - RIO CLARO - SP
Loc/Tipa/Liv: 0031,13,01129/ - CIP: 13,04080

Reservado ao Fisco: 3F13.772C.1537.16F7.5F96.5D06.326A.FE91
CPF / CNPJ: 0012346876
Data de Emissão: 19/04/2014

Período Fiscal: 04/2014
Controlador: 01 2014203039/190 8
Data de Apresentação: 19/04/2014

Descrição da Operação	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Energia Elétrica	330,00	0,4158 8	137,22
Outros Lançamentos			6,34
Valor Total			143,56

Dados de Cadastro

Medidor/Constante: B09P8040 / 1,00
Tensão Nominal ou contratada (v): 127 / 220

Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL HOREMAL BIFASICO
Limite adequado de tensão (v): 110 A 133 / 201 A 231

Dados de leitura do medidor

Consumo	Anterior	Posterior	Medida	Classe	Classe do Medidor
127	50801	52191	20/03/14	30	30
19/04/14					

Composição de Remuneração

Energia	137,22
Distribuição	4,75
Transmissão	4,75
Encargos	3,14
Tributos	34,30

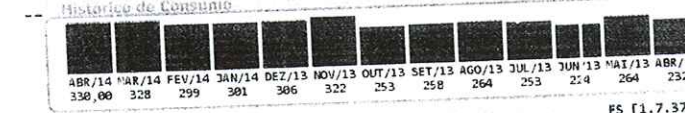
Detalhamento da Conta

Item	Quant.	Tarifa TE	Valor TE(R\$)	Tarifa TU	Valor TU(R\$)	Total(R\$)
CONSUMO	330,00	0,415870	49,16	0,162910	51,76	100,92
VALOR DO ICMS						34,30
VALOR DO COFINS						0,00
VALOR DO PIS						0,00
Subtotal 1						137,22
CORRECAO MONETARIA POR ATRASO 12/2013						1,12
MULTA CONTA ANTERIOR 12/2013						2,00
JUROS CONTA ANTERIOR 12/2013						0,00
Subtotal 2						3,12



Base de Cálculo de Tributos

Descrição	Alíquota	Base de Cálculo	Valor (R\$)
ICMS	25%	137,22	34,30
COFINS	0,000000%	137,22	0,00
PIS	0,000000%	137,22	0,00



ATENÇÃO
A partir de 2015 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de ABRIL vigorará a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$0,030 de acréscimo ao valor da tarifa de energia (TE), líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Indicadores de Continuidade do Fornecimento de Energia

Indicador	Valor	Meta	Referente a:
Conjunto	48,71	50,00	02/2014
ESD - Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (em Reais)	4,71	9,43	18,86
MT - Média de Interrupções Individuais (h)	3,17	6,33	12,70
MTI - Média máxima de interrupções contínuas (h)	2,60		0,00

Seu Código 13405411
Controlador No. 01 2014203039/190 8
Banco 28/05/2014
Agência 143,56





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 BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA, portador do RG nº 9.970.802-4, expedido por SSP/SP, na data de 05/01/2012 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 001.237.468-76, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por CARLOS MENDES FERREIRA, 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)

BENEDITA TEIXEIRA FERREIRA

Número de Banco e Nome

237 - BRADESCO

Número da Conta e Dígito

005316619

Número da Agência (sem dígito)

0187

Tipo de Conta

☒ Conta Corrente

() Conta Poupança

Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

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

☒ **maior (igual ou acima de 18 anos)**

() **incapaz** - o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Rio Claro 08/05/14

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.