



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 Ana Beatriz Cintra da Silva, portador do RG nº 54.092.381-3, expedido por SSP-SP, na data de 25/01/2010 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 425.830.138-82, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Fábio da Silva, 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)

Ana Beatriz Cintra da Silva

Número de Banco e Nome

001- Banco do Brasil

Número da Conta e Dígito

32032 / 3

Número da Agência (sem dígito)

6930

Tipo de Conta

() Conta Corrente

(X) Conta Poupança

Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- (X) **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

São Vicente, 31/05/2012

Assinatura do beneficiário (a)
assinar conforme consta em RG

Local e Data

São Vicente, 31/05/2012

Ass. Silva
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.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR





Ana Beatriz C. da Silva

B538 046447

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 54.092.381-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/JAN/2010

NOME ANA BEATRIZ CINTRA DA SILVA

FILIAÇÃO FÁBIO DA SILVA

E MYRTHES DE MORAES CINTRA DA SILVA

NATURALIDADE BRAGANÇA PAULISTA -SP DATA DE NASCIMENTO 05/MAI/2000

DOC ORIGEM BRAGANÇA PAULISTA-SP

BRAGANÇA PAULISTA

CN:LV.A304/FLS.230 /N.061553

CPF

Q. A. L. L. 155 Delegado Divisório

CARLOS ANTONIO DE SOUZA de Polícia HRGD.SSP.SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

111942739282

109876543210

31 MAIO 2010

Esta obra apresenta para perita

Confere com o original. Dom fe.

☒ Camila Gianguilio T. Moleiro

☒ Cynthia Barrolo ☐ Veneza de J. Miguel

☒ Dina Gomes Parfeto

Válida somente com o selo de Autenticidade.

EM BRANCO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 425.830.138-82

Nome da Pessoa Física: ANA BEATRIZ CINTRA DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **11:21:44** do dia **31/05/2012** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **6BC0.337E.9F6C.9304**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



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 Antonio Carlos Cintra da Silva, portador do RG nº 54.092.389-8, expedido por SSP-SP, na data de 25/01/2010 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 4.25.830.148-54, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por Fabio da Silva, 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)

Antonio Carlos Cintra da Silva

Número de Banco e Nome

001- Banco do Brasil

Número da Conta e Dígito

32031 / 5

Número da Agência (sem dígito)

6930

Tipo de Conta

() Conta Corrente

(X) Conta Poupança

Categoria do Beneficiário(a)

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

- (X) **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

São Vicente, 31/05/2012

Assinatura do beneficiário (a)

assinar conforme consta em RG

Antônio Silva

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

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR



Antonio Carlos C. S.
ASSINATURA DO TITULAR

R538-046409

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GREG & TIGER

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 54.092.389-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/JAN/2010

NOME ANTONIO CARLOS CINTRA DA SILVA

FILIAÇÃO FABIO DA SILVA

E MYRTHES DE MORAES CINTRA DA SILVA

NATURALIDADE SANTOS -SP DATA DE NASCIMENTO 05/ABR/2002

DOC. ORIGEM GUARUJA-SP
VICENTE DE CARVALHO
CN: LV.A136/FLS.221 /N.064418

CPF

Q. A. L. L. 155 Delegado Divisionário
CARLOS ASSUNÇÃO DE SOUZA de Polícia HIRGD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



EM BRANCO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 425.830.148-54

Nome da Pessoa Física: ANTONIO CARLOS CINTRA DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **11:20:33** do dia **31/05/2012** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **25BA.A951.69EB.98CA**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

INFORMAÇÕES SOBRE DEFESA DA AUTUAÇÃO

É parte legítima para apresentar defesa da autuação a pessoa física ou jurídica proprietária do veículo, o condutor, devidamente identificado, o embarcador e o transportador, responsável pela infração, conforme artigo 2º da Resolução nº 299/08 do CONTRAN, cabendo isoladamente uma defesa para cada auto de infração até 14/05/2012

Documentos necessários (artigo 5º da Resolução nº 299/08 do CONTRAN):

I - Requerimento de defesa;

II - Cópia da notificação de autuação, frente e verso, ou auto de infração;

III - Cópia da CNH ou documento que comprove assinatura do requerente e, quando pessoa jurídica, documento comprovando a representação;

IV - Cópia do CRLV;

V - Procuração, quando for o caso.

O resultado do julgamento será encaminhado ao proprietário do veículo, ao embarcador ou ao transportador.

A Notificação devolvida por desatualização de endereço será válida para todos os efeitos, conforme art. 282, § 1º, do CTB.

A defesa não será conhecida quando:

I - For apresentada fora do prazo legal;

II - Não for comprovada a legitimidade;

III - Não houver a assinatura do recorrente ou seu representante legal;

IV - Não houver o pedido ou este for incompatível com a situação fática;

Informações: Pelo site www.der.sp.gov.br.

Defesa da autuação: Encaminhar para Caixa Postal nº 12051 - Cep: 02013-970 - São Paulo - SP ou comparecer na Divisão Regional do DER / SP mais próxima do seu domicílio / residência.

Indicação do Condutor / Pontuação: Encaminhar para Caixa Postal nº 12191- São Paulo - CEP: 02013-970.

RST***8559

Data da postagem / expedição: 24/04/2012

AIT Nº 1M368932-1

Placa: DMF3821



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE LOGÍSTICA E TRANSPORTES
DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM - DER
www.der.sp.gov.br



MYRTHES DE MORAES CINTRA DA SILVA
R TIBIRICA APT 18 -00401 APT 18
CENTRO
11320-020 SAO VICENTE SP



7211153598074530000000855920240412

Data da postagem / expedição: 24/04/2012

AIT Nº 1M368932-1

Placa: DMF3821

REMETENTE

DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO
Caixa Postal 12051 - GESTÃO DE MULTAS E RECURSOS
CEP 02013-970 SÃO PAULO - SP

PARA USO DOS CORREIOS

ATENÇÃO:

MOTIVOS DA DEVOLUÇÃO

☐

MUDOU-SE

☐

ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐

NÃO EXISTE O Nº INDICADO

☐

NÃO ENCONTRADO

☐

AUSENTE

☐

FALECIDO

UNIDADE DE
DISTRIBUIÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GIMPLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR



Carla Regina

ASSINATURA DO TITULAR

B538-046975

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS STRECK & SÓCROS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.476.323-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/JAN/2010

NOME MYRTHES DE MORAES CINTRA DA SILVA

FILIAÇÃO ARTHUR AUGUSTO FERREIRA CINTRA

E MARIA REGINA DE MORAES CINTRA

NATURALIDADE S. PAULO -SP DATA DE NASCIMENTO 24/NOV/1965

DOC. ORIGEM GUARUJA-SP

VICENTE DE CARVALHO

CC: LV.B84 /FLS.3 /N.019524

066269278/09

Carlos Antonio G. de Souza

155 Delegado Divisório

CARLOS ANTONIO G. DE SOUZA de Polícia IIRGD.SSP.SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS STRECK & SÓCROS

31 MAR 2012

☒ Camila Gianguilio T. Molero

☒ Cynthia Barreto

☐ Vaneza de J. Miguel

Válido somente com o selo de Autenticidade

EM BRANCO

ESTADO DE SÃO PAULO

425-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



[Signature]
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

89.320.416-7

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19/OUT/1999

NOME

FABIO DA SILVA

FILIAÇÃO

SIDNEY DA SILVA

E LIGIA MARIA REGO DA SILVA

NATURALIDADE

SANTOS -SP

DATA DE NASCIMENTO

02/MAR/1970

DOC. ORIGEM

SANTOS-SP

PRIMEIRO SUBDISTRITO

CN:LV.A443/FLS.245 /N.186194

CPF

121345369/57

FIS 12225753654

ASSINATURA DO DIRETOR

LEINº 7.116 DE 29/08/83