

Processo nr.

Estipulante: **SINDSGER - SINDICATO SANTA GERTRUDES**

Segurado **JOAO BATISTA VASCONCELOS**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	CESTA BASICA	27/01/2013	04/03/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO PELA BENEFICIARIA E PELO MEDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 12/2012;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO COM SÔNIA APARECIDA SILVA.
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE ROMULO SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE ROMULO SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE LUCILAINE SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE LUCILAINE SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RGF E CPF DE VANESSA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE VANESSA SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE VANUSA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE VANUSA SILVA VASCONCELOS.

Processo nr.

Estipulante: **SINDSGER - SINDICATO SANTA GERTRUDES**

Segurado **JOAO BATISTA VASCONCELOS**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	CESTA BASICA	27/01/2013	04/03/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO PELA BENEFICIARIA E PELO MEDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 12/2012;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO COM SÔNIA APARECIDA SILVA.
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE ROMULO SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE ROMULO SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE LUCILAINE SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE LUCILAINE SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RGF E CPF DE VANESSA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE VANESSA SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE VANUSA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE VANUSA SILVA VASCONCELOS.

Processo nr.

Estipulante: **SINDSGER - SINDICATO SANTA GERTRUDES**

Segurado **JOAO BATISTA VASCONCELOS**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	MORTE NATURAL	27/01/2013	04/03/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO PELA BENEFICIARIA E PELO MEDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 12/2012;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
COPIA SIMPLES DA FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO COM SÔNIA APARECIDA SILVA.
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE ROMULO SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE ROMULO SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE LUCILAINE SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE LUCILAINE SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RGF E CPF DE VANESSA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE VANESSA SILVA VASCONCELOS;
COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE VANUSA SILVA VASCONCELOS;
DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE VANUSA SILVA VASCONCELOS.



Protocolo de envio de documentos

- American Life Cia de Seguros
- Nobre Seguradora do Brasil
- Alfa Previdencia e Vida

Processo nr.

Estipulante: **SINDSGER - SINDICATO SANTA GERTRUDES**
Segurado **JOAO BATISTA VASCONCELOS**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	MORTE NATURAL	27/01/2013	04/03/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

- AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO PELA BENEFICIARIA E PELO MEDICO;
- COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DO SEGURADO;
- COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 12/2012;
- COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
- COPIA SIMPLES DA FICHA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR DO SEGURADO;
- DECLARAÇÃO DE HERDEIROS;
- COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO COM SÔNIA APARECIDA SILVA.
- COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS;
- DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS;
- COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE ROMULO SILVA VASCONCELOS;
- DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE ROMULO SILVA VASCONCELOS;
- COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE LUCILAINE SILVA VASCONCELOS;
- DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE LUCILAINE SILVA VASCONCELOS;
- COPIA AUTENTICADA DO RGF E CPF DE VANESSA SILVA VASCONCELOS;
- DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE VANESSA SILVA VASCONCELOS;
- COPIA AUTENTICADA DO RG E CPF DE VANUSA SILVA VASCONCELOS;
- DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO DE VANUSA SILVA VASCONCELOS.

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

INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE

ESTIPULANTE/EMPREGADOR <i>Prefeitura Municipal de Santa Gertrudes</i>		APÓLICE Nº	
SEGURADO <i>João Batista Vasconcelos</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>18/10/1963</i>	PROFISSÃO <i>l. guais</i>
SINISTRO DE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> NATURAL <input checked="" type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE		DATA ADMISSÃO <i>16-01-2008</i>	ESTADO CIVIL <i>casado</i>
CAUSA		ÚLTIMO DIA TRABALHADO	ÚLTIMO SALÁRIO <i>733,57</i>
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
<i>Janira Cq. Silva Vasconcelos</i>	<i>esposa</i>	<i>Rua São Marcos n° 979</i>	<i>47</i>
<i>Vanessa Silva Vasconcelos</i>	<i>filha</i>	<i>Rua São Marcos n° 979</i>	<i>22</i>
<i>Lucilaine Silva Vasconcelos</i>	<i>filha</i>	<i>Rua São Marcos n° 979</i>	<i>19</i>

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO <i>João Batista Vasconcelos</i>		DATA DE NASCIMENTO <i>18/10/1963</i>	PROFISSÃO <i>l. guais</i>	TELEFONE <i>8356-9887</i>
ENDEREÇO <i>Rua São Marcos n° 979</i>		CIDADE <i>Santa Gertrudes</i>	UF <i>S.P</i>	
DATA DO ACIDENTE <i>27/01/2013</i>	HORA <i>7:50</i>	LOCAL DO ACIDENTE <i>Hospital</i>		

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 <i>Remulo Silva Vasconcelos</i>	ENDEREÇO <i>Rua São Marcos n° 979</i>	<i>Socorro por Passagem</i>
NOME <i>Vanessa Silva Vasconcelos</i>	ENDEREÇO <i>Rua São Marcos n° 979 A</i>	

INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO

DATA 1º SOCORRO <i>25/02/2013</i>	LOCALIDADE <i>SANTA GERTRUDES</i>	ESTABELECIMENTO <i>P.S.</i>
ENDEREÇO <i>Rua 6, n° 310</i>	CIDADE <i>S.T.A. GERTRUDES</i>	UF <i>SP</i>
NOME DO MÉDICO <i>DR. CARLOS ROBERTO P. RICC</i>	CRM Nº <i>38348</i>	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.

S.T.A. GERTRUDES, 25/02/2013
 LOCAL E DATA *Vanessa Silva Vasconcelos*
 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO: João Batista Vasconcelos

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO: Santa Gertrudes DATA: 27/01/2013 HORAS: 7:50 FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?: HOSPITAL DATA DA 1ª CONSULTA: 23/10/2012 DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: 10/01/2013
 QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL? _____

INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:
 A) PRIMÁRIA: INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA
 B) SECUNDÁRIA: PNEUMONIA

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

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? SIM NÃO DESDE QUANDO? 08/11/2012 QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? SERVICOS GERAIS QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO? 30 DIAS

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. PNEUMOPATIA

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. NÃO

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

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?
					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<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 SEQÜELAS 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: AFFONSO SARATI FILHO CRM Nº: 88183

ENDEREÇO: Rua 6 nº 310 SANTA GERTRUDES - SP

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Santa Gertrudes
 LOCAL E DATA

Affonso Salati Filho
 ASSINATURA E CARIMBO
 CRM 88183 - CPF. 436161354/08

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PLI 1305

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO AL MG-10.611.007 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/02/1996

POLEGAR DIREITO

DAVID CAMILO VASCONCELOS

MARIA MINEIRA DA SILVA

RESIDÊNCIA MANHUMIRIM-MG

CAS. LV-4 FL-3V

ORIGEM MARTINS SOARES-MG

DATA DE NASCIMENTO 18/12/1963

ASSINATURA DO TITULAR *David Camilo Vasconcelos*

ASSINATURA DO DIRETOR *Marcio Sabino Gomes*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1. VIA

09124A309076

011-1305

22 FEB 2013

VALIDO SOMENTE COMO SELLO DE AUTENTICAÇÃO

Autenticado e apresentado

com o original, com o qual confere e dou fé

devido por autenticação R\$ 2,50.

Nayla Paes de Bissoli
Escrevente Autorizada

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

593.511.016-49

Nome

JOAO BATISTA VASCONCELOS

Nascimento

18/10/1963



*Nayla Pascon Aguiar
Escrevente Autônoma*

EM BRANCO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA GERTRUDES
SERVIÇOS URBANOS E OBRAS
SERVIÇOS GERAIS

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO

Mensal

- Mensalista

Ref: 12/2012

CÓDIGO	NOME DO FUNCIONÁRIO	ADMISSÃO	PIS	CPF	NASCIMENTO
101789	JOAO BATISTA VASCONCELOS	16/01/2008	12642721266	59351101649	18/12/1963

CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
1	SALARIO BASE	30,00	684,20	
16	ADICIONAL TEMPO DE SERVIÇO	4,00	27,37	
50	I.N.S.S.	8,00		
360	CESTA BASICA	1,00		56,92
397	DESC.EMPRESTIMO BANESPA	147,05		7,34
429	AESP/VERTCON	12,00		147,05
				12,00

Líquido creditado na Agencia/Conta: 363 - 1008791-4 1ª via	TOTAL DE VENCIMENTOS	711,57	TOTAL DE DESCONTOS	223,31	
	VALOR LÍQUIDO →		488,26		
SALÁRIO BASE	SAL. CONTR. INSS	BASE CÁLC. FGTS	FGTS DO MÊS	BASE CÁLC. IRRF	FAIXA
684,20	711,57	711,57	56,92	654,65	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO
DATA / / ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO _____

João Bissoli

RECIBO CIVIL E VALORADO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA GERTRUDES
Rua de Fátima nº 89 - Taboão e Oficialia
Avenida 2 nº 89 - CEP 13510-000
Fone/Fax: (19) 3549-1813

28 FEB. 2013

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia extraída neste
tabelionato do respectivo original, dou fe.
Valor recebido por autenticação R\$ 2,50.

0912AA309536

VALOR SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS
PESSOAS NATURAIS E TABELIÃO DE NOTAS
DE SANTA GERTRUDES - SP
JENNIFER LEMOS PASCON BERNARDI
Escrevente Autorizada
Avenida 1 nº 89 - Centro
SANTA GERTRUDES - SP
Fones: (19) 3545-1433/3545-4250

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

REGISTRO CIVIL E TABELIÃO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO
0912AA309074
27 FEV. 2013
Nayla Pascon Bisfoli
Escrevente Autorizada

Nome:

JOÃO BATISTA VASCONCELOS

MATRÍCULA:

117788 01 55 2013 4 00006 261 0002670 61

SEXO COR ESTADO CIVIL E IDADE

NATURALIDADE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ELEITOR

RESIDÊNCIA E FILIAÇÃO

DATA E HORA DE FALECIMENTO DIA MÊS ANO

LOCAL DE FALECIMENTO

CAUSA DA MORTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) DECLARANTE

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATTESTOU O ÓBITO

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais e Tabelião de Notas

Karla Guimarães Falaschi Najas
OFICIAL E TABELIÃO DE NOTAS

Jennifer Lemos Pascon Bernardi
Jennifer Lemos Pascon Bernardi
Escrevente

Município de Santa Gertrudes - Comarca de Rio Claro - Estado de São Paulo

1ª VIA ISENTA DE EMOLUMENTOS
Digitado por: Jennifer

Avenida 1, nº 89 - Centro - Santa Gertrudes/SP - CEP: 13510-000
Fone: (19) 3545-1433 - Fax: (19) 3545-4250 - e-mail: tabesanta@gmail.com

1324G-AA 009493
1324G-09001-10000-1211



Prefeitura Municipal de Santa Gertrudes

Folha: Data: 25/01/2013

FICHA DE ATENDIMENTO

Num. Atend. 3173/ - 20428 JOAO BATISTA VASCONCELOS
 Dt. Nasc. 18/12/1963 - Idade: 49 - Sexo : M
 Telefones
 C.P.F./RG: /
 Convenio:
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Nome Mãe MARIA MINEIRA DA SILVA
 Nome Pai DAVID CAMILO VASCONCELOS
 Endereço
 Complemento
 Bairro
 Cidade - C.E.P.:
 Livro: Folha:

Ação Prog.

Natureza da Procura *Sig. trat. p/ Tuberculose há 2 meses e*
 Data/Hora 25/01/2013 18:36 *em face de med. há 10 dias +*
 Profissional *ap. balda de ar*

P.A.: *150 x 100* mmHg Temperatura: C Peso: Kg. Altura: m.
 Dextro: mg:dL *SPO2 96% FC 140 bpm*

Profissional: *Maria AP*
 Nr. Reg. Orgão:
 CID10.....

- AX/Torax/2p.

*1. } Floxociclina - 150 mg
 St - 100 mg*

*Maria M Silva
 COREN SP 586961
 21:20
 MSO FEU*

João Batista
 Assinatura Paciente

Dr. Carlos Roberto F. ...
 CRM 38345
 Assinatura Médico CRM



FICHA DE ATENDIMENTO

Num.Atend. 3305/ - 20428 JOAO BATISTA VASCONCELOS
Dt.Nasc. 18/12/1963 - Idade: 49 - Sexo : M
Telefones Res. Com. Celular:
C.P.F./RG: /
Convenio:
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome Mãe MARIA MINEIRA DA SILVA
Nome Pai DAVID CAMILO VASCONCELOS
Endereço Rua são marcos,979
Complemento
Bairro iporanga
Cidade SANTA GERTRUDES-SP C.E.P.:13.510-000
Livro: Folha:
Ação Prog.
Natureza da Procura
Data/Hora 27/01/2013 - 07:25 Número:
Profissional

P.A.: / mmHg Temperatura: C Peso: Kg. Altura: m.
Dextro: mg:dL

Profissional: _____
Nr.Reg. _____ Orgão: _____
CID10.....:

paciente com entrada nest P.S em
insuficiência respiratória leve, saturação
de 44% e AP. MW 180kg e 1,70m
1) Oz p máscara
2) Sol fraco Sol LV
3) sibilância O2 10L
4) embudo anti loquax
5) Demora O2 10L
6) Ondas O2 10L
7) amarelo 2 jar LV
8) Vermelho oximetro 6x 6
9) olho 7:50

Assinatura Paciente: *João Batista Vasconcelos*

Assinatura/Carimbo CRM
Affonso Salati Filho
MÉDICO
CRM 88142 - CPF. 436161354/00

→ V. Vasconcelos

Fizos
Equipe de
Enfermagem
Luizete dos Santos
Enfermeira
CORRENTE: 0121781

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 que **João Batista Vasconcelos**, brasileiro(a), casado, portador(a) do RG n.º MG_10.611.007 _____, CPF n.º 593.511.016-49 _____, faleceu no dia 27/01/2013 _____, tendo como herdeiro(s):

RELACIONAR OS NOMES DOS HERDEIROS

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

Por expressão da verdade, firmam a presente juntamente com duas testemunhas abaixo qualificadas.

Dados dos Herdeiros

Nome: Sonia aparecida silva vasconcelos
CPF: 220.667.688-55
RG: 36.425.318-6

Dados dos Herdeiros

Nome: Rômulo silva vasconcelos
CPF: 359.451.238-03
RG: 47.856.107-6

Dados dos Herdeiros

Nome: vanusa silva vasconcelos
CPF: 381.146.968-18
RG: 47.855.320-1

Dados dos Herdeiros

Nome: Vanessa silva vasconcelos
CPF: 401.267.168-54
RG: 47.800.092-3

Dados dos Herdeiros

Nome: lucilaine silva vasconcelos
CPF: 415.831.788-64
RG: 45.341.429-1

Testemunhas

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

Testemunhas

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
 Oficial - Marco Aurélio Dias Oliveira
 Substituto - José Cezar Franco
CERTIDÃO DE CASAMENTO
 NOME:

José Cezar Franco
 José Cezar Franco
 Substituto
 CPF 337.393.586-53

JOÃO BATISTA VASCONCELOS
 e
SÔNIA APARECIDA SILVA

MATRÍCULA:

0357740155 1986 2 00004 003 0000257 40

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

JOÃO BATISTA VASCONCELOS, nascido aos Dezoito de outubro de mil novecentos e sessenta e três (18/10/1963), em Martins Soares - MG, filho de DAVID CAMILO VASCONCELOS e MARIA MINEIRA DA SILVA.
SÔNIA APARECIDA SILVA, nascida aos Vinte e um de janeiro de mil novecentos e sessenta e seis (21/01/1966), em Martins Soares - MG, filha de JOSÉ GALDINO DA SILVA e TEREZINHA MARIA DA SILVA.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

Vinte e nove de março de mil novecentos e oitenta e seis

DIA MÊS ANO

29/03/1986

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

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

SÔNIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Não consta //

Cartório de Registro Civil
 Av. João Batista, nº 215, centro - Martins Soares - MG
 Tel (33) 3342-2084 - CEP 36972-000

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
 Martins Soares - MG, 08 de Fevereiro de 2013

21.251.988/0001-31
 CARTÓRIO DIAS OLIVEIRA
 REGISTRO CIVIL E TABELIONATO
 Av. João Batista, 215
 Centro - CEP: 36.972-000
 MARTINS SOARES - MG

Francisco
 José Cezar Franco
 Substituto
 CPF 337.393.586-53



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 782-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



Sonia Aparecida Silva Vasconcelos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 36.425.318-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/MAI/99

NOME SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS

PAI JOSÉ GALDINO DA SILVA

MÃE TEREZINHA MARIA DA SILVA

NACIONALIDADE MANHUMIRIM -MG DATA DE NASCIMENTO 21/JAN/1966

LOCAL DE ORIGEM MANHUMIRIM/MG

MARTINS SOARES

CC#LV.8004/FLS.003V/N.000257

OPHESTRUDES

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

0912AA309078

AUTENTICAÇÃO

21/05/2013

VALOR MENOR QUE SELO D. IDENT.

presentada

dou fé

RS 2,50.

Nayla Paschoa Bissoli
Escrevente Autorizada

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

220.667.688-55

Nome

SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS

Nascimento

21/01/1966



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



*Mayla Pires
Escrevente Autenticada*

EM BRANCO

Santa Gertrudes, 26 de Fevereiro de 2013
Declaração de Residência

Eu, Sônia Aparecida Silva Vasconcelos,
CPF: 220.667.688-55, RG: 36.425.318-6, Declaro
que resido no endereço: Rua São Marcos
nº 979 Jardim Iparanga

Sônia Aparecida Silva Vasconcelos

SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS

ESTADO DE SÃO PAULO 782-3
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



POLEGAR DIREITO



Romulo Silva Vasconcelos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AMERICAN BANK NOTE LTD.

REGISTRO GERAL 47.856.107-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/MAR/2004
NOME ROMULO SILVA VASCONCELOS
FILIAÇÃO JOÃO BATISTA VASCONCELOS
E SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS
NATURALIDADE MARTINS SOARES -MG DATA DE NASCIMENTO 24/FEV/1986
DOC ORIGEM MANHUMIRIM-MG MARTINS SOARES
CPF: 027.111.7011/FLS.0110/N.002633

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REGISTRO CIVIL DE MATRIMÔNIO
22 FEV 2013
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia apresentada com o original, com o qual confere e dou fé por recebido por autenticação R\$ 2,50.
Nayla P...
Escritor...
09124A309075

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

359.451.238-03

Nome

ROMULO SILVA VASCONCELOS

Nascimento

24/02/1986



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

AGO/2004



REGISTRO CIVIL E TABELÃO SANTA GERTRUDES
 Rua: Palacete Nair de Moraes e Pires
 Avenida 2 nº 89 CEP 13630-000
 Fone/Fax: (19) 3545-1483

22-FEV. 2013

AUTENTICAÇÃO
 Autentica a presente cópia apresentada
 em original, com o qual confere e dou fé
 recebido por autenticação R\$ 2,50.

VALIDA* INEFICAZ SEM O SELO D. AUTENTICAÇÃO

0912AA303085

0912AA303085

Novo Párcos Soli
Escrevente Autenticada

EM BRANCO

Santa Gertrudes 26 fevereiro de 2013

Declaração de residência

Eu, Romulo Silva Vasconcelos, CPF, 359.453.238-03
RG: 47 856 507; declaro que resido no endereço
RUA. São Marcos. nº 979. Jardim Esperança

Romulo Silva Vasconcelos
ROMULO SILVA VASCONCELOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0782-3



PROIBIDO PLASTIFICAR

Lucilaine S Vasconcelos
ASSINATURA DO TITULAR

B564-027054

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 45.341.429-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/SET/2010

NOME LUCILAINE SILVA VASCONCELOS

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA VASCONCELOS

E SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS

NATURALIDADE MANHUMIRIM -MG DATA DE NASCIMENTO 26/AGO/1993

DOC ORIGEM MANHUMIRIM-MG MARTINS SOARES

CPF CN:LV.A12 /FLS.222 /N.004280

Q. A. L. C. 53 Delegado Divisório
CARLOS ASSINATURA DO DIRETOR de Polícia IIRGD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Nayla Passos Bissoji
Escrevente Autorizada

EMBRANCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS



Número de Inscrição

415.831.788-64

Nome

LUCILAINE SILVA VASCONCELOS

Nascimento

26/08/1993

REAL SERICARD

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

Emissão
MAR/2009



AVENIDA 2 n° 89 CEP 13010-000
Fone/Fax: (19) 3545-1413

Serviço
Autorizado: 22 FEV. 2013

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia apresentada
com o original, com o qual confere e JUREI
Valor recebido por autenticação R\$ 2,50

0912AA309086

Nayla Pascon Bispo
Escrevente Autorizada

EMBRANCO

Santa Gertrudes 26 de Fevereiro de 2013

Declaração de Residência

Eu, Lucilaine Silva Vasconcelos, CPF 415.831.788-64,
RG 45.341.429-1, declaro que resido no endereço
Rua São Marcos nº 979, Jardim. Esperança

Lucilaine Silva Vasconcelos
Lucilaine Silva Vasconcelos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

782-3

REGISTRO GERAL 47.800.092-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/OUT/2007

NOME VANESSA SILVA VASCONCELOS

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA VASCONCELOS

E SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS

NATURALIDADE MANHUMIRIM -MG

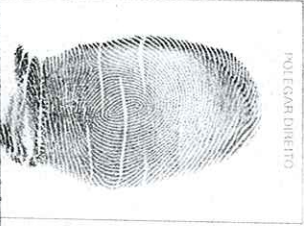
DATA DE NASCIMENTO 29/NOV/1990

DOC ORIGEM MANHUMIRIM MARTINS SOARES

CN: LV. A12 / FLS. 59V / N. 003630

CPF 01.411.38 Delegada Distritária
CARLOS ANTONIO DE BRAGANÇA Policial GRGD. SSP. SP

LEI N°7 116 DE 29/08/83



POLEGAR DIREITO



Vanessa Silva Vasconcelos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0912A A309079

0912A A309079

22 FEV 2013

ADVERTÊNCIA

Atenção: a presente cópia apresentada com este selo, não possui validade legal, com o qual confere e dou fé recebida por autenticação R\$ 2,50.

VALIDAR MARCANDO SELO DE AUTENTICAÇÃO

Nayla Paiva Bissoli
Escrevente Autorizada

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

401.267.168-54

Nome

VANESSA SILVA VASCONCELOS

Nascimento

29/11/1990



REGISTRO CIVIL E TABELÃO
Carta G. Matrícula nº 11111 e
Número 2 nº 89 CPF 13510/000
Fone/Fax: (19) 3545-1433

0912A309081
AUTENTICAÇÃO

22 FEV. 2013

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia apresentada
com o original, com o qual confere e dou fé
Valor recebido por autenticação R\$ 2,50.

Nayla Passos de Aguiar
Escrevente Autônoma

EM BRANCO

... em janeiro de 2013.

Declaração de Residência

Eu, Vanessa Silva Vasconcelos, CPF 401.267.168-54,
RG 47.800.092-3, declaro que Resido no endereço
Rua São Marcos nº 979 Jardim - Esperança

Vanessa Silva Vasconcelos
VANESSA SILVA VASCONCELOS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 47.855.320-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/ABR/2005

NOME VANUSA SILVA VASCONCELOS

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA VASCONCELOS

E SONIA APARECIDA SILVA VASCONCELOS

NATURALIDADE MANHUMIRIM -MG DATA DE NASCIMENTO 31/OUT/1987

DOC. ORIGEM MANHUMIRIM-MG. MARTINS SOARES

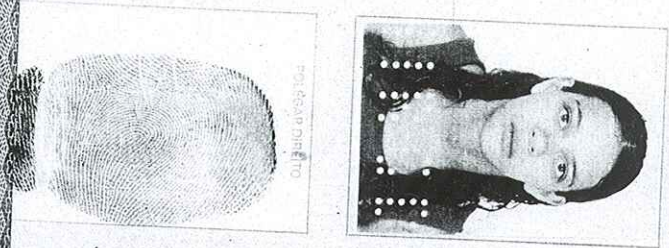
CPF 09122111 / N. 003129

CARLOS ANTONIO G. DE SOUZA, Delegado Divisionário de Polícia III
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 782-3
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUMT



Vanusa Silva Vasconcelos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÉIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO E TABELA DE PREÇOS

Autenticação

09122111-003129

22 FEV. 2013

AUTENTICAÇÃO

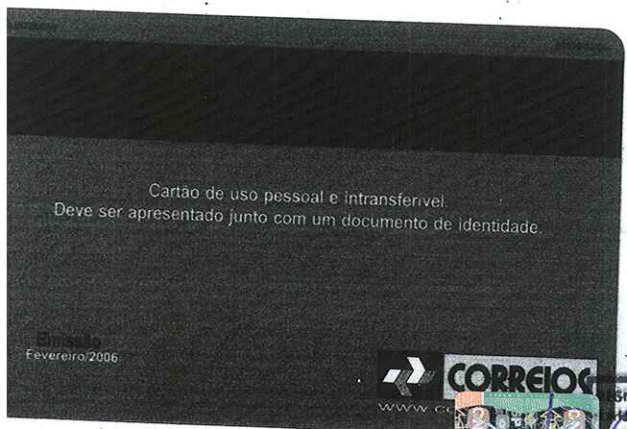
Autentico a presente cópia apresentada com o original, com o qual confere e dou fé

Valor recebido por autenticação R\$ 2,50

VALIDO - JUMENTE COM O SELO - AUTENTICAÇÃO

Nova Postagem
Escrevente Autorizado

EM BRANCO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
381.146.968-18
Nome
VANUSA SILVA VASCONCELOS
Nascimento
31/10/1987

CORREIOS

SISTEMA CIVIL E TABELAS DE VALORES
Código de Registro: 0912AA309084
Serviço 2 nº 00 CEP 13310-000
Fone/Fax: (19) 3545-1433

2-2-FEV. 2013

AUTENTICAÇÃO
A presente cópia apresentada em o original, com o qual confere e dou fé
Valor recebido por autenticação R\$ 2,50

VALIDO - JÁRANTE COMO SELO C. AUTENTICA.

0912AA309084

*Vanusa Vasconcelos
Escritor de Autenticação*

EM BRANCO

Santa Gertrudes, 26 de Fevereiro de 2013
Declaração de Residência

Eu, Vanusa Silva Vasconcelos, CPF: 381.146.968-18,
RG: 47.855.320-1, declaro que residuo no endereço:
Rua São Marcos, nº 979A, Jardim Esperança

Vanusa Silva Vasconcelos
VANUSA SILVA VASCONCELOS