



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: JOÃO REIS DIAS

SEGURO AUTOMÁTICO

SEGURO FACULTATIVO

FALECIMENTO DO CONJUGE

FALECIMENTO DO SEGURADO (A)

REEMBOLSO FUNERAL

D.I.T.

CESTA BASICA

OUTROS DOCUMENTOS: Aviso de sinistro; Cópia autenticada do RG e CPF do segurado; Cópia autenticada da certidão de óbito; Comprovante de residência do segurado; Cópia simples do prontuário médico; Declaração de únicos herdeiros; Certidão de casamento do segurado; Certidão de óbito do cônjuge do segurado; Cópia autenticada do RG e CPF dos beneficiários; Comprovante de residência dos beneficiários; Dados bancários dos beneficiários; Cópia autenticada do RG e CPF das testemunhas.

OBS: Nota Original da Semerária

ENTREQUE EM. ____/____/2017

American Life Companhia de Seguros



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	
SEGURADO João João Reis Dias	DATA DE NASCIMENTO 10/01/1935	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL nuivo
SINISTRO DE <input 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	ÚLTIMO 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 checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Desde quando? 07/06/1999	-	Motivo :

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE
João Luiz Reis	filho	R. 9, 2311, Vl. Cristina, Rio Claro - SP	53
Luiz Carlos Reis	filho	Av. 48 A, nº 881, Vl. Nova, Rio Claro - SP	51

Rio Claro, 01 de Fevereiro de 2017
 LOCAL E DATA

Maara Silva de Lucas
 Assistente de Gestão Municipal
 CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE
ENDEREÇO	CIDADE	UF	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE	

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS

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.

Rio Claro, 01 de Fevereiro de 2017
 LOCAL E DATA

[Assinatura]
 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
**** JOÃO REIS DIAS ****

MATRÍCULA:
**** 115543 01 55 2015 4 00144 096 0073177-15 ****

SEXO: MASCULINO COR: branca ESTADO CIVIL E IDADE: viúvo - 80 ANOS DE IDADE

NATURALIDADE: IPEÚNA-SP DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: RG 128010034 ELEITOR: SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA: Jose Reis e Zulmira Alves Dias ***
RESIDENTE NA RUA 12-A, Nº 1312, VILA NOVA, RIO CLARO, SP ***

DATA E HORA DO FALECIMENTO: NOVE DE NOVEMBRO DE DOIS MIL E QUINZE - ÀS 20:15 H DIA: 09 MÊS: 11 ANO: 2015

LOCAL DE FALECIMENTO: NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL, CENTRO, RIO CLARO, SP ***

CAUSA DA MORTE: CHOQUE SEPTICO, SEPSE GRAVE, COMA HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (MORTE NATURAL) ***

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(MUNICÍPIO E CEMITERIO, SE CONHECIDO): SEPULTADO NO CEMITÉRIO SÃO JOÃO BATISTA DE RIO CLARO, SP. DECLARANTE: JOSE LUIZ REIS

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO: Dra. THAIZY C.DUARTE NOVAES - CRM 130.222 ***

OBSERVAÇÕES: O finado foi casado em 1ª nupcias com Therezinha Reis Dias, sendo os dados do casamento ignorados pelo declarante; era viúvo de Maria Jose Reis Dias, com quem se casara em 2ª nupcias em Rio Claro, SP aos 27/07/1974, era eleitor, deixou bens a inventariar e não deixou testamento, deixando os seguintes filhos: Luiz Carlos, com 49 anos e Jose Luiz, com 52 anos. 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: crcriclaro@terra.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO CLARO, 13 de novembro de 2015

ANTONIO CARLOS MAZZEO JUNIOR
ESCREVENTE AUTORIZADO
SENTO DE EMOLUMENTOS

NOTAS 30-1416
TABELÃO DE NOTAS
30-1416 Rio Claro
AUTENTICAÇÃO
Herika - Destri Cunha - Tabelã
Valor cobrado R\$ 3,35 por página

11554-3-AA 000033444

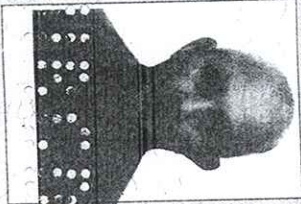


ESTADO DE SÃO PAULO

8240-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT
MAIOR DE 65 ANOS

PROIBIDO PLASTIFICAR



João Reis Dias

B718-009531

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

12.801.003-4

DATA DE EXPEDIÇÃO 11/MAR/2014

NOME

JOÃO REIS DIAS

FILIAÇÃO

JOSÉ REIS

E

ZULMIRA ALVES DIAS

NATURALIDADE

IPEUNA -SP

DATA DE NASCIMENTO

10/JAN/1935

DOC ORIGEM

RIO CLARO-SP

RIO CLARO

CC:LV.B93 /FLS.005 /N.017140

CPF

539701368/49

195 Delegado Divisório
Roberto SILVA DO AMARAL Diretoria IIRGD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

39 TABELIA
Av. Três, 42
Rio Claro
Aline C. ...
Escrevente



TABELIAÇÃO DE NOTAS
30 JAN 2017

Autenticação
a presente cópia reprográfica, conforme
a mim apresentado de que dou fé

30 JAN 2017

Herika Destrí Cunha - Tabeliã

Vator cobrado R\$ 3,35 por página

EM BRANCO

Nº do CPF: 539.701.368-49
Nome da Pessoa Física: JOAO REIS DIAS
Data de Nascimento: 10/01/1935
Situação Cadastral: REGULAR
Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990
Ano Óbito: 2015
Código de Controle: 4220.619A.FBD4.A2E2

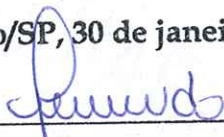
A Secretaria da Receita Federal do Brasil confirma a autenticidade do comprovante.

Nova Consulta

CERTIDÃO

CERTIFICO: - que confirmei a autenticidade dos dados constantes deste documento pelo processo informatizado via Internet, no *web site* em endereço específico: "<http://www.receita.fazenda.gov.br>", na aba "Comprovante de Situação Cadastral" "Confirmação de Autenticidade do Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral no CPF", código controle nº 4220.619A.FBD4.A2E2 nesta data, às 10:59 m, estando em conformidade com os dados eletrônicos disponibilizados no endereço eletrônico acima. Dou fé.

Rio Claro/SP, 30 de janeiro de 2017.



Escrevente Autorizado

3º TABELIÃO DE NOTAS
Av. Três, 421 Tel. 3534-1416
Rio Claro - SP
Aline Cristina Almeida
Escrevente Autorizada

SEQUÊNCIA DO DIA 059	CÓDIGO ATENDIMENTO 68474	DATA ATENDIMENTO 09/11/2015	HORA ATENDIMENTO 14:52	ESPEC. DENOMINAÇÃO	IDENTIF. ATENDENTE REGINA C.	CÓD.	CI
CÓDIGO / NOME DO PACIENTE 18846 - JOAO REIS DIAS						CARTÃO SUS 10427839480000	
DOCUMENTO (RG) 12801003	UF	DATA DE NASCIMENTO 10/01/1935	RAÇA/COR BRANCA	IDADE 80 ANO(S)	SEXO MASCULINO	TELEFONE(S) 3532-3857 99930-79	
ENDEREÇO RESIDENCIAL - AV., RUA, TRAVESSA RUA 12A				NÚMERO 1312	COMPLEMENTO		
BAIRRO VILA NOVA	ZONA	CEP 13500181	CIDADE RIO CLARO		CÓD. MUN. 3543907		
NOME DA MÃE ZULMIRA ALVES DIAS				NOME DO RESPONSÁVEL			
ENCAMINHADO POR Somu O.P.A.				IDENTIFICAÇÃO CÓD. BARRAS DO PACIENTE		OC. POLICIAL	
QUEIXA PRINCIPAL / SINTOMAS							

ADOS CLÍNICOS

acelerate q pulso
 de 100 sob VM
 Dextro HI de eufria
 AEA RCG decorado H/H
 MM end c @ rouco
 de domien nora DB
 pupila miofria
 @ suan TVP

Ansiose
 como hiperometa
 nos a to fro

Contate com Opatra
 Prefeitura Municipal de Rio Claro
 19124-000

[Handwritten signature]

José Edra Nat.
 Médico
 21/11/21

1 20/11/15 Constatao elito
 pupila no de hca
 c. amstatio

Dra. Thaizy Novaes
 Cirurgã Vasculã
 CRM/SP 130.222

Dr. André Luiz G. Coroa
 Médico CRM/SP 104174



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO
FUNDAÇÃO/SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE RIO CLARO - SP



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

AVALIAÇÃO HOSPITALAR

NOME: João Reis Dias DATA NASC.: _____
 IDADE: 80 SEXO: M COR: _____ NACIONALIDADE: _____
 QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.): _____

HISTÓRIA MOLÉSTIA ATUAL (H.M.A.) E EXAME FÍSICO GERAL:

*paciente da unidade com HS, com tosse com
 expectoração, hipertensão.
 Hipertensão, osteoartrite, Insuficiência Renal FE,
 e insuficiência cardíaca. PA 21/14. PH 7.13 HCO₃ 13.*

T: _____ P.A.: _____ F.C.: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO POR 12 HS: -

Insuficiência cardíaca

Rio Claro, 09 de Março de 2015

MÉDICO: -

ASSINATURA: -

CRM: -

Dr. Célio Fozes Gomes
MÉDICO
CRM-SP 171.854

Obs.: - O preenchimento desta ficha é necessária para a avaliação hospitalar do paciente.

✓

João Reis Dias

RAMONALIS ABL5

Idat de dentes #796

Parâmetros básicos

PH 7.38

CO₂ 15

PO₂ 100

BE 13.5

Ca 1.05 mmol/L

Mg 0.75 mmol/L

Parâmetros básicos

PH 7.38

CO₂ 15 mmHg

PO₂ 100 mmHg

Parâmetros

CO₂ 15 mmol/L

PO₂ 100 mmol/L

Ca 1.05 Vol %

Mg 0.75 Vol %

Analizador #142034307

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PSMI

UTI - ADULTO

DATA: 28/11/15
 IDADE: 80 anos

NOME: João Luiz Dias
 PRONTUÁRIO: 1111
 LEITO: 2
 HD: 1 - Equipe Médica + Nup. Normal



REGISTROS E CONTROLE

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
HORÁRIO																								
PRESSÃO ARTERIAL												50/30												
FREQ. CARDÍACA											124													
FREQ. RESPIRATÓRIA											20													
TEMPERATURA											37,3													
PVC											333													
GLASGOW																								
PUPILAS																								
DRUGAS																								
OUTRAS																								
GANHOS																								
PERDAS																								
BALANÇO HÍDRICO																								
MODOS VENTILATÓRIOS																								
VOL. CORRENTE																								
FR																								
FIO 2																								
PIP / PEEP																								
SAT O2																								
CUFF TOT - mmHg																								
VENT. ESPONTÂNEA																								
MÁSC. NEBULIZ. U/mm																								
CATÉTER ÓCULOS U/mm																								
Entrada																								
Saída																								
Total Manhã																								
Entrada																								
Saída																								
Total Tarde																								
Entrada																								
Saída																								
Total Noite																								
ASS. FUNC. MANHÃ:																								
SUP. ENFER.:																								
ASS. FUNC. TARDE:																								
SUP. ENFER.:																								
ASS. FUNC. NOITE:																								
SUP. ENFER.:																								

Handwritten notes: "Deposito de 1000 reais", "si-race", "NENHUM", "Deposito de 1000 reais", "si-race", "NENHUM".

Nº do CPF: 539.701.368-49
Nome da Pessoa Física: JOAO REIS DIAS
Data de Nascimento: 10/01/1935
Situação Cadastral: REGULAR
Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990
Ano Óbito: 2015
Código de Controle: 4220.619A.FBD4.A2E2

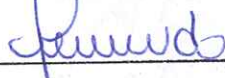
A Secretaria da Receita Federal do Brasil confirma a autenticidade do comprovante.

Nova Consulta

CERTIDÃO

CERTIFICO: - que confirmei a autenticidade dos dados constantes deste documento pelo processo informatizado via Internet, no *web site* em endereço específico: "<http://www.receita.fazenda.gov.br>", na aba "Comprovante de Situação Cadastral" "Confirmação de Autenticidade do Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral no CPF", código controle nº 4220.619A.FBD4.A2E2 nesta data, às 10:59 m, estando em conformidade com os dados eletrônicos disponibilizados no endereço eletrônico acima. Dou fé.

Rio Claro/SP, 30 de janeiro de 2017.



Escrevente Autorizado

3º TABELIÃO DE NOTAS
Av. Três, 421 Tel. 3534-1416
Rio Claro - SP
Aline Cristina Almeida
Escrevente Autorizada



Seu Código 12395315

R. Av. Antônio de Souza, 311 - 13053-004 - Campinas - SP
CNPJ nº 08.328.200/0001-07 - Insc. Est. 244.008.322-118
Av. Baldomero Ladeira, 2028 - 77005-270 - Jardim Alvorada - Ribeirão Preto - SP
CNPJ nº 08.328.200/0001-07 - Insc. Est. IE 28.204.126-9
www.elektro.com.br

Nota Fiscal / Conta de energia elétrica 1662481
Conta do Mês JANEIRO/2017
Vencimento 13/02/2017
Valor R\$ 95,31

Próxima Leitura 16/02/2017

JOÃO REIS DIAS
R. 12 A, 1312 - VL NOVA - RIO CLARO - SP
Loc/Estapa/Liv: 0031,13,012499 - CEP 13506556

Reservado ao Fisco: 802F.038C.5A93.E1C9.2C49.310A.2824.6022 Período Fiscal: 01/2017
CPF / CNPJ: 53979136849 Controle: 01-20173332142943-41
Data de Emissão: 18/01/2017 Data de Apresentação: 18/01/2017

Discriminação da Operação	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Energia Elétrica	100,00	0,20957	20,96
Outros Lançamentos			14,00
Valor Total			95,31

Dados de Cadastro
Medidor/Constante 1174652871,00
Tensão Nominal ou contratada (v) 127
Classificação RESIDENCIAL/RESIDENCIAL NORMAL MONOFASICO
Limite adequado de tensão (v) 110 A 133
Débito Aut. 110 A 133

Item	Anterior	Atual	Anterior	Dias do Período	Energia
CONSUMO	13323	13483	20/12/16	29	29,93
			Atual	F. Potência Médio	20,83
			18/01/17		3,64
					17,25
					12,66

Item	Quant.	Tarifa TE (R\$)	Tarifa TU (R\$)	Valor TU (R\$)	Total (R\$)
CONSUMO	100,00	0,236048	37,76	0,211850	71,65
VALOR DO ICMS					10,11
VALOR DO COFINS					2,10
VALOR DO PIS					0,45
Subtotal 1					84,31
Subtotal 2					11,00
Subtotal 3					11,00

COBRANCA ILUM PUBLICA PARA A PREFEITURA

3° TABELIÃO DE NOTAS
Av.3 n°421 Tel.3534-1416 Rio Claro
AUTENTICAÇÃO
Autêntico a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé
31 JAN. 2017
Herika Destri Cunha - Tabeliã
Valor cobrado R\$ 3,35 por página



Base de Calculo de Tributos	Aliquota	Base de Calculo	Valor (R\$)
ICMS	12%	84,31	10,11
COFINS	2,490000%	84,30	2,10
PIS	0,530000%	84,30	0,45

Mês	Consumo
JAN/17	160,00
DEZ/16	164
NOV/16	142
OUT/16	130
SET/16	139
AGO/16	116
JUL/16	107
JUN/16	117
MAI/16	105
ABR/16	126
MAR/16	97
FEV/16	121
JAN/16	137

ATENÇÃO
ESTA UNIDADE CONSUMIDORA ESTA SUJEITA A SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO
Conta em c/c e benefício para voce! Evite transtornos com protesto, negociação e corte de energia.

Somente o anverso

AVISO IMPORTANTE DE DÉBITO / CORTE
pagamento não seja realizado, o encerramento de ramalho contratual poderá ocorrer por 2 (dois) ciclos de falta de energia após a suspensão de fornecimento. No ciclo de suspensão ou ramalho poderá ser cobrado o custo de disponibilidade. Caso o pagamento já tenha sido realizado, favor desconsiderar esta notificação.

DÉBITOS ANTERIORES
13/01/2017 R\$ 130,00

Indicadores de Continuidade Conjunto: 30,08

Mês	ENC	DMIC	DMIC
MEI	3,11	6,22	12,45
MEI	2,60		0,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (R\$):
FIC - Frequência de Interrupção Individual
DMIC - Duração máxima de Interrupção Contínua (h)

Valor	Valor	Data	Valor
12395315	01-20173332142943-45	13/02/2017	95,31

836300000004 953100220177 001010201737 332142943452



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Nome JOÃO REIS DIAS do _____ Segurado _____ (a)

Data do óbito 09 / 11 / 2015

Declaramos, expressamente perante a SEGURADORA AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS que a vítima acima faleceu no estado civil de VIVO, deixando o total de 02 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 (Grau de Parentesco)	Assinatura
1 JOSE LUIZ REIS	FILHO	[Assinatura]
2 LUIZ CARLOS REIS	FILHO	[Assinatura]
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Testemunha 1: CÉLIA MARIA R. CH. REIS - Celia Maria R. Ch. Reis

Testemunha 2: Diviceia Lopes Brito Reis - Diviceia L. Reis

- (1) Este documento é único, devendo ser preenchido por todos os acima qualificados. Todos os campos são de preenchimento obrigatório e, na ausência de qualquer informação, a Seguradora, acima instituída, reserva-se do direito de não aceitar este documento.
- (2) Todas as assinaturas devem ter firmas reconhecidas em cartório.
- (3) Testemunhas devem ter firmas reconhecidas e cópias autenticadas de RG e CPF.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



3º TABELIÃO DE NOTAS
Av.3 n°421 Tel.3534-1416 Rio Claro
AUTENTICAÇÃO
Atentico a presente cópia reprodutiva extraída fora desta
as conforme original a mim an

30 JAN. 2017
[Signature]

Herika Destri Cunha - Tabeliã
Valor cobrado R\$ 3,35 por página

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

**** JOÃO REIS DIAS ****
**** MARIA JOSÉ LIBANO ****

MATRÍCULA:

**** 115543 01 55 1974 2 00093 005 0017140-97 ****

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

JOÃO REIS DIAS, nascido no dia dez de janeiro de mil novecentos e trinta e cinco (10/01/1935), em Ipeuna, SP nacionalidade brasileira, filho de **José Reis** e de **Zulmira Alves Dias**. ***

MARIA JOSÉ LIBANO, nascida no dia oito de agosto de mil novecentos e vinte e oito (08/08/1928), Ajapi, SP nacionalidade brasileira, filha de **Paulo Libano** e de **Sebastiana de Jesus Libano**. ***

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

VINTE E SETE DE JULHO DE MIL NOVECENTOS E SETENTA E QUATRO 27 07 1974

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS ***

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

ELE: Continua a usar o MESMO NOME. ***
ELA: Passou a usar o nome de MARIA JOSÉ REIS DIAS. ***

OBSERVAÇÕES

Anotação: Maria Jose Reis Dias, faleceu nesta Cidade aos 05/02/2009. Rio Claro, 14/02/2009. (as.) Paulo Sergio Johansom di Salvo. Anotação: João Reis Dias, faleceu em Rio Claro, SP, aos 09/11/2015. Rio Claro, 13/11/2015. (as.) Maurício Pereira Lima. 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: crcrioclaro@terra.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO CLARO, 01 de dezembro de 2015

[Signature]
MAURICIO PEREIRA LIMA
OFICIAL SUBSTITUTO

EMOLUMENTOS:
Ao Oficial: R\$ 42,45 :Ao IPESP: R\$ 8,45 :Ao ISS: R\$ 2,09
Total: R\$ 52,89

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais - Oficial Paulo Fernando Pires da Silveira
Rua 5, N°: 540 - Centro - CEP: 13500-040 - Tel.: (19) 3524-5025 - Rio Claro-SP

Reconheço SEMELHANTE a firma sem valor:
MAURICIO PEREIRA LIMA.
RIO CLARO, 01 de dezembro de 2015.
Em Teste de verdade.



CLAIR CARINA LEITE BELLUCCIO - ESCRIVENTE (Valor Total R\$ 4,80)

11554-3 - AA 000034309



11554-3-032001-037000-0915

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



POLEGAR DIREITO



78714969

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

REGISTRO GERAL

15.872.242-5

2 via

DATA DE EXPEDIÇÃO

21/05/2014

NOME

JOSÉ LUIZ REIS

FILIAÇÃO

JOÃO REIS DIAS
THEREZINHA REIS DIAS

NATURALIDADE

RIO CLARO - SP

DATA DE NASCIMENTO

10/05/1963

DOC ORIGEM

RIO CLARO-SP RIO CLARO CC:LV.B110/FLS.108 /Nº22195

CPF

044353948/04

Roberto Avino
Diretor de Registro e Expediente - IIR/SP/SP
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

3º TABELIÃO DE NOTAS

Av.3 n°421 Tel.3534-1416 Rio Claro

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé

3º TABELIÃO DE NOTAS
Av. Três, 421 Tel. 3534-1416
Rio Claro - SP
Aline Cristina Albuquerque
Escrevente Autenticadora

30 JAN. 2017

[Handwritten Signature]

Herika Destri Cunha - Tabelião
Valor cobrado R\$ 3,35 por página

EM BRANCO



ELEKTRO
Eletricidade e Serviços S.A.

Sau Código
12404470

R. Ary Adorno de Souza, 201 - Jd. 1303204 - Campinas - SP
CNPJ nº 06.980.004/0001-02 - Insc. Est. 244.882.221-18
Av. Balduino Ladeira, 2302 - Jd. 7819220 - Jd. 7819220 - Itaipava - SP
CNPJ nº 06.980.004/0001-02 - Insc. Est. 244.882.221-18
www.elektro.com.br

Nota Fiscal / Conta de energia elétrica 1617968

Próxima Leitura	Conta do Mês	Vencimento	Valor R\$
16/02/2017	JANEIRO/2017	03/02/2017	174,73

ROSE LUIZ REIS
R. 9 A, 2311 - VL CRISTINA - RIO CLARO - SP
Loc/Etapa/Liv: 0031,13,009064 - CEP 13506495

Reservado ao Fisco: 27E1.36EA.70DA.9885.4E92.78C6.3BFS.63FA
CPF / CNPJ: 04435394804
Data de Emissão: 18/01/2017
Período Fiscal: 01/2017
01-2017332073244-13
Controle: 18/01/2017
Data de Apresentação: 18/01/2017

Discriminação da Operação	Quantidade	Valor	Valor Total
Energia elétrica	252,00	0,322142	17,95
Outros lançamentos			156,78
Valor Total			174,73

Dados de Contrato		Classificação
Medidor/Constante	RESIDENCIAL/RESIDENCIAL NORMAL BIFASICO	
805912600/1,00		
Tensão Nominal ou contratada (v)	Limite adequados de tensão (v)	Débito Aut.
127 / 220	216 A 13: 7 201 A 231	

Item	Anterior	Dias do Período	Valor
CONSUMO	45591	45843	47,13
	20/12/16	29	32,81
	Atual	F. Potência Médio	5,74
	18/01/17		27,18
			43,92

Item	Quant.	Tarifa TE	Valor TE (R\$)	Imposto	Valor IU (R\$)	Total (R\$)
CONSUMO	252,00	0,236040	59,48	0,211850	53,38	112,86
VALOR DO ICMS						39,18
VALOR DO COFINS						3,91
VALOR DO PIS						0,83
Subtotal 1						156,78
COBRANCA ILLUM PUBLICA PARA A PREFEITURA						13,00
CORRECAO MONETARIA POR ATRASO 11/2016						0,17
MULTA CONTA ANTERIOR 11/2016						3,21
JUROS CONTA ANTERIOR 11/2016						1,57
Subtotal 2						17,95

3º TABELÃO DE NOTAS
Avenida 3 n° 421 Tel: 3534-1416
Rio Claro - SP
Evelyn Almeida - do Correia
Escritório de Atendimento



AUTENTICACAO
0870AB0171643

3º TABELÃO DE NOTAS
Av. 3 n° 421 Tel. 3534-1416 Rio Claro
AUTENTICACAO
Autenticar e presente cópia reprográfica, conforme
a mim apresentado de que dou fe

1 JAN. 2017

Helena Desri Cunha - Tabelã
Valor cobrado R\$ 3,35 por página

Base de Calculo de Tributos	Aliquota	Base de Calculo	Valor (R\$)
ICMS	25%	156,78	39,18
COFINS	2,400000%	156,78	3,91
PIS	0,530000%	156,78	0,83

Mês	Valor
JAN/17	252,00
DEZ/16	254
NOV/16	232
OUT/16	222
SET/16	217
AGO/16	198
JUL/16	198
JUN/16	199
MAI/16	186
ABR/16	232
MAR/16	186
FEV/16	185
JAN/16	190

Conta em dia e benefício para você! Evite transtornos com protesto, negativacao e corte de energia.

Somente o anverso

AVISO IMPORTANTE DE DÉBITO / CORTE
O pagamento não seja realizado. O encerramento da fatura com seu valor poder ser cobrado e o custo de disponibilidade. Caso o pagamento tenha sido realizado, favor desconsiderar esta notificação.

DÉBITOS ANTERIORES	
RIO CLARO DDUIS 11/2016	
Indicadores de Continuidade	Conjunto: 49,14
Encargos de Uso do Sistema de Distribuição (R\$):	
FIC - Frequência de Interrupção Individual	3,11
DMIC - Duração máxima de Interrupção Contínua (h)	2,60
	9,73
	10,86
	0,00
	0,00

Conta	Código	Conta	Valor	Vencimento	Total
12404470	01-2017332073244-93			03/02/2017	174,73



836200000013 747300220171 091010201737 332073244938



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 JOSE' LUIZ REIS, portador do RG n° 15 872 292-5, expedido por SSP/SP, na data de 21/05/14 e inscrito junto ao CPF/CNPJ n° 044353940-04, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por JORJO REIS DIAS, 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)

JOSE' LUIZ REIS

Número de Banco e Nome

0172 - B. BRASIL

Número da Conta e Dígito

63995 / 8

Número da Agência (sem dígito)

0172

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, 30/01/2017

ZZ
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 1° ou 2° 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
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
 647506054

VALIDO

NOBRE
 LUIZ CARLOS REIS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 17767291 SSP/SP

CPF
 027.895.848-69

DATA NASCIMENTO
 21/12/1965

FILIAÇÃO
 JOAO REIS DIAS
 THEREZINHA REIS DIAS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
 7D

Nº REGISTRO
 02336869430

VALIDADE
 07/12/2017

1ª HABILITAÇÃO
 21/11/1996

OBSERVAÇÕES

Luiz Carlos Reis
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 RIO CLARO, SP

DATA EMISSÃO
 07/12/2012

28107191701
 SP569775337

DETRAN (SAO PAULO)

3º TABELÃO DE NOTAS
 Avenida 3-m
 Evelyn Alin
 Escrevente

NOTAS
 3,35
 11.3857
 AUTENTICAÇÃO
 0870AB017/645

VALIDO SOMENTE NO ESTADO DE SAO PAULO
 SELO DE AUTENTICACAO

3º TABELÃO DE NOTAS
 Av.3 n°421 Tel.3534-1416 Rio Claro
 AUTENTICAÇÃO
 Autentico a presente copia reprográfica, conforme
 original a mim apresentado de que dou fe

31 JAN, 2017

Herika Destri Cunha

Herika Destri Cunha - Tabelã
 Valor cobrado R\$ 3,35 por página



Departamento Autônomo de Água e Esgoto de Rio Claro
 Av. 8A, nº 360 - Cidade Nova - Rio Claro/SP - CEP. 13506-760
 CNPJ 56.401.177/0001-54 | Inscr. Est. 587.275.386.110
 www.daaerioclaro.sp.gov.br

Inscrição Cadastral 14-01-0148-00881-000	C.D.C - DV. 00040234-01	Conta a partir de: 10/04/2017
Nome do usuário LUIZ CARLOS REIS (FUNC DAAE)		Referência: JAN/2017
Endereço do imóvel AV. QUARENTA E OITO =A= 0881 VILA NOVA - RIO CLARO - CEP 13506-590		Vencimento: 10/02/2017
Endereço de entrega		
Mês/Ano de referência JAN/2017	Hidrômetro Y12L649458	Inscrição Municipal 2020807301600000
Registro anterior 0000638	Registro atual 0000639	Leitura Data 19/01/2017
		Próxima Leitura Data 20/02/2017
Consumo faturado 01	Mínimo 10	Economias 1

Consumo dos últimos meses			Especificações da Conta	
Mês/Ano	Consumo	Ocorrência	Descrição dos Lançamentos	Valores Lançados
JAN/2016	9		Água	17,20
FEV/2016	15		Multa por Atraso 10/2016	2,81
MAR/2016	13		Esgoto	17,20
ABR/2016	13		Multa FCTSE 10/2016	2,90
MAI/2016	11			
JUN/2016	13			
JUL/2016	12			
AGO/2016	15			
SET/2016	15			
OUT/2016	12			
NOV/2016	12			
DEZ/2016	10			
JAN/2017	1			
			Vencimento	10/02/2017
			Total a pagar	40,11

Mensagem ao Usuário
PARA SOLICITAÇÕES DE SERVIÇOS RELACIONADOS A REDE DE ÁGUA
 O TELEFONE É 0800 044 5000
PREZADO CLIENTE, CONSTAM CONTAS EM ATRASO

Parâmetros básicos analisados na Água de distribuição e seus limites de acordo com Portaria 2914/11 do Ministério da Saúde

Parâmetros	Limites (portaria 2914/11)	Sistemas de abastecimento			
		ETA I	ETA II	FERRAZ	ASSISTÊNCIA
Turbidez	5,0 UT	0,61	1,18	0,33	0,25
Cor	15uH	4,4	8,0	1,3	1,6
Cloro Residual	0,2 - 2,0 mg/l	0,9	0,8	0,9	0,9
pH	8,0 - 9,5	7,3	7,0	7,0	8,4
Fluoreto	1,5	0,73	0,68	0,69	1,32
Coliforme Termotolerante	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente
Coliforme Total	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente

Em situação de risco a população será informada e orientada através dos sistemas de comunicação disponíveis. As informações adicionais poderão ser adquiridas na Defesa Civil ou na Vigilância Sanitária.
 Mananciais: ETA I (Ribeirão Claro), ETA II (Corumbata) - rios classe II que atendem aos padrões exigidos no CONAMA nº 357/05; Ferraz (poço raso e tubular), Assistência (poço profundo).
 Os dados contidos são obtidos em laboratório próprio que mantém controle de qualidade de acordo com a Portaria nº 2914/11 e são remetidos mensalmente à Vigilância Sanitária do município, de acordo com a Resolução Estadual SSB 05/05.

3º TABELIÃO DE NOTAS
 Av. 3 nº 421 Tel. 3534-1416 Rio Claro

AUTENTICAÇÃO
 Apresente cópia reprográfica, conforme original a mim apresentado de que dou fé

Autenticação mecânica

3º TABELIÃO DE NOTAS
 Avenida 3 nº 421
 Rio Claro/SP
 Evelyn Alinne
 Escrevente

AUTENTICAÇÃO
 0870A B 0171642

JAN. 2017



Herika Destri Cunha - Tabeliã
 Valor cobrado R\$ 3,35 por página

Inscrição Cadastral 14-01-0148-00881-000	Total a Pagar 40,11
C.D.C - DV. 00040234-01	Vencimento 10/02/2017
Controle 01201701	
Mês/Ano de referência JAN/2017	

Autenticação mecânica



Av. 8A, nº 360 - Cidade Nova - Rio Claro/SP
 Caixa Postal 169 - CEP. 13506-760
 CNPJ 56.401.177/0001-54 | Inscr. Est. 587.275.386.110



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 Luiz Carlos Reis, portador do RG nº 17767291, expedido por SSP/SP na data de 30/09/83 e inscrito junto ao CPF/CNPJ nº 027895848-69, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por JOAO REIS DIAS, 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)

Luiz Carlos Reis

Número de Banco e Nome ITAU Número da Conta e Dígito 03045 1 0 Número da Agência (sem dígito) 5142

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, 30/01/17

Luiz Carlos Reis

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 1° ou 2° 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.



Prefeitura de Rio Claro

NÚMERO NOTA
0000.00000002869

DATA E HORA DA EMISSÃO
16/11/2015

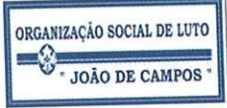
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
509343611

COMPETÊNCIA 201511	NÚMERO DO RPS 0000.0000000180	NÚMERO DA NFS SUBSTITUÍDA 0000.0000000000
------------------------------	---	---

DADOS DO(S) SERVIÇO(S)

EXIGIBILIDADE DO ISS / NATUREZA DA OPERAÇÃO Exigível	LOCAL DA PRESTAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S) Rio Claro/SP	LOCAL DA INCIDÊNCIA DO(S) SERVIÇO(S) Rio Claro/SP
--	--	---

PRESTADOR DO(S) SERVIÇO(S)



NOME / RAZÃO SOCIAL PIOLI & CIA.LTDA.EPP		
ENDEREÇO AVN 4, 336 ZONA CENTRAL		
MUNICÍPIO RIO CLARO/SP		
COMPLEMENTO	TELEFONE (19)3534-9404	
CNPJ 55.599.922/0001-59	INSCRIÇÃO MUNICIPAL 3419	E-MAIL AZUL.BORDIN@LINKWAY.COM.BR

TOMADOR DO(S) SERVIÇO(S)

NOME / RAZÃO SOCIAL JOSE LUIZ REIS		
ENDEREÇO RUA 09-A, 2.311 VILA CRISTINA		
MUNICÍPIO RIO CLARO/SP		
COMPLEMENTO	TELEFONE	
CNPJ 044.353.948-04	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	E-MAIL

DISCRIMINAÇÃO DO(S) SERVIÇO(S)

Despesas com o funeral de JOAO REIS DIAS, ocorrido em 09/11/2015
 URNA MORTUARIA - R\$ 1.220,00
 TRANSPORTE - R\$ 250,00
 ORNAMENTACAO - R\$ 250,00
 VEU - R\$ 30,00
 2 X RADIO CLUBE - R\$ 80,00
 2 X RADIO CULTURA - R\$ 80,00
 TANATOPRAXIA - R\$ 600,00
 01 COROA DE FLORES (MEDIA) - R\$ 230,00

CÓDIGO DE CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO
25.01 - Funerais, inclusive fornecimento de caixao, urna ou esquifes; aluguel de capela; transporte do corpo

VALOR DO(S) SERVIÇO(S) 2.740,00	VALOR DEDUÇÃO 0,00	DESCONTO INCONDICIONADO 0,00	BASE DE CÁLCULO ISS 2.740,00
ALÍQUOTA ISS (%) 4,00	VALOR DO ISS 109,60	VALOR DO ISS RETIRDO 0,00	DESCONTO CONDICIONADO 0,00

RETENÇÕES FEDERAIS

IMPOSTO DE RENDA 0,00	PIS 0,00	COFINS 0,00	CSLL 0,00	INSS 0,00	OUTRAS RETENÇÕES 0,00
---------------------------------	--------------------	-----------------------	---------------------	---------------------	---------------------------------

TOTAIS

TOTAL DO(S) SERVIÇO(S) 2.740,00	TOTAL LÍQUIDO 2.740,00	TOTAL DA NOTA 2.740,00
---	----------------------------------	----------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES