



SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS

Fundado em 17 de outubro de 1988 - C.G.C.: 57.735.896/0001-74

AESB nº 24000.002343/90

O SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS-SINDSERV, vem através deste, encaminhar à V.Sa., as documentações para **abertura** do Sinistro de **JOÃO SERAFIM DE PAULA**, falecido em **04/11/2011**, para fins de pagamento de **SEGURO DE VIDA**, conforme abaixo relacionado:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO Drº Carlos Rogério de Paula Blassin

XEROX AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO AVERBADA DE **JOÃO SERAFIM DE PAULA**

XEROX AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DE **JOÃO SERAFIM DE PAULA**

XEROX AUTENTICADA DO RG **JOÃO SERAFIM DE PAULA**

XEROX AUTENTICADA DO CPF DE **JOÃO SERAFIM DE PAULA**

XEROX AUTENTICADA DO HOLERITE DO MÊS DO FALECIMENTO DE **JOÃO SERAFIM DE PAULA**

XEROX AUTENTICADA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE **JOÃO SERAFIM DE PAULA**

DECLARAÇÃO DE HERDEIROS ASSINADA E RECONHECIDO FIRMA EM CARTÓRIO PELA BENEFICIÁRIA **MARIA LEITE DE PAULA** E POR DUAS TESTEMUNHAS

XEROX AUTENTICADA DO RG DE **MARIA LEITE DE PAULA**

XEROX AUTENTICADA DO CPF DE **MARIA LEITE DE PAULA**

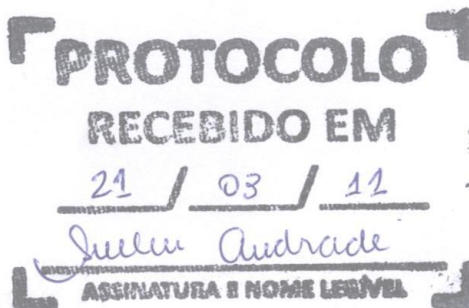
XEROX AUTENTICADA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE **MARIA LEITE DE PAULA**

SANTOS, 14/02/2011

Kelly Brito
SINDSERV

Sindicato dos Servidores Públicos
Municipais de Santos

À
VERTCON SEGUROS
A/C - SUELEN





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 <i>João Serafim de Paula</i>		APÓLICE Nº	
SEGURADO <i>João Serafim de Paula</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>16/05/47</i>	PROFISSÃO <i>eletricista</i>	ESTADO CIVIL <i>casado</i>
SINISTRO DE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL	CAUSA <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE	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 type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Desde quando? - Motivo :	

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE
<i>Maria Leite de Paula</i>	<i>esposa</i>	<i>R. José Alberto de Luca, 208</i>	<i>60</i>

Santos, 14 de janeiro de 2011
 LOCAL E DATA

Kelly Brito
 CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE
Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Santos

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO <i>João Serafim de Paula</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>02/11/50</i>	PROFISSÃO <i>aux. enfermagem</i>	TELEFONE <i>5203-8568</i>
ENDEREÇO <i>R. José Alberto de Luca, 208</i>		CIDADE <i>Santos</i>	UF <i>S.P</i>
DATA DO ACIDENTE <i>04/11/10</i>	HORA <i>10:20</i>	LOCAL DO ACIDENTE <i>Santa Casa de Santos</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	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.

Santos, 14 de janeiro de 2011
 LOCAL E DATA

Maria Leite de Paula
 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE						
NOME DO SEGURADO <i>João Serefim de Paula</i>						
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	
<i>Santa Casa Santo</i>	<i>09/11/10</i>		<i>Santa Casa Santo</i>	<i>25/10/09</i>	<i>26-10-10</i>	
QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?						
INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:						
A) PRIMÁRIA <i>Sem parâmetros por várias etiologias.</i>						
B) SECUNDÁRIA						
HOUE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO.						
<i>sem - Santa Casa Santo</i>						
O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?	DESDE QUANDO?	QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO?	QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<i>Afastado</i>				
HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO SEGURADO? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.						
<i>Hepatopatia</i>						
HOUE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS.						
<i>Hepatopatia</i>						
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.						
O FALECIDO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.						
<i>UPT - Santa Casa Santo</i>						
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?			A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É:			
<input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> AUTÔNOMICA			
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				
DESCRÇÃO 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? <input type="checkbox"/> SEM INVALIDEZ <input type="checkbox"/> COM INVALIDEZ						
CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZÁ-LA? <input type="checkbox"/> PERMANENTE <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> PARCIAL						
SE PARCIAL, INDIQUE: <input type="checkbox"/> % DE REDUÇÃO FUNCIONAL <input type="checkbox"/> MÍNIMA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> MÁXIMA						
DESCREVER AS SEQUELAS 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 <i>Carlos Roberto Paula Blassoli</i>				CRM Nº <i>20242</i>		
ENDEREÇO <i>Av. Almeida Mica Costa nº 50 - 2º Cj</i>						
AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS						
			<i>04.2.2011</i>		LOCAL E DATA	
			<i>Dr. Carlos Roberto Paula Blassoli</i> ASSINATURA E CARIMBO <i>Clínica S. Evangelista - Santo</i>			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

400-2

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



João Serafim de Paula
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Justiça

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.705.723-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/MAR/2004

NOME JOAO SERAFIM DE PAULA

FILIAÇÃO JOSE SERAFIM DE PAULA

E BETA ROSA DE JESUS

NATURALIDADE CAJURI - MG DATA DE NASCIMENTO 16/MAR/1947

DOC. ORIGINAL ERVALIA MG

CPF 642687408/22 (PF) 9.183.410.003534

TABELA

Colégio Notarial do Brasil
Estado de São Paulo

0951AC130401

COPIA - ESC. AUT

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

NASCIMENTO
16.05.47

INSCRIÇÃO NO CPF
647 487 408 25

CONTRIBUINTE

JOAO SERAFIM DE PAULA

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COM PROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

João Serafim de Paula
SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

João Serafim de Paula



VÁLIDO SOMENTE
COM O SELO DE
AUTENTICAÇÃO

ASIANA L. RIBEIRO DE MENDONÇA - ESC. AUT.
FLAVIA L. RIBEIRO DE MENDONÇA - ESC. AUT.
MARIA HELENA PERES - ESC. AUT.



IPVA 2011



CTC SANTO AMARO SPM PL6
JOAO SERAFIM DE PAULA
R JOSE ALBERTO DE LUCA 00208
— JD RADIO CLUBE
11088-170 SANTOS SP



7210406166002480000001656320291210



AVISO DE VENCIMENTO

RENAVAM: 732188261	Contribuinte: JOAO SERAFIM DE PAULA	<input type="checkbox"/> PASSADUQUE RIBEIRO DE MENDONÇA - ESC. A17 <input type="checkbox"/> FLAVIAL RIBEIRO DE MENDONÇA - ESC. A17 <input type="checkbox"/> MARAHELINA PERES - ESC. A17
	Responsável: JOAO SERAFIM DE PAULA	
Marca / Modelo VW/GOL 16V	Placa Atual CYK5969	Município 633-6 - SANTOS
Ano de Fabricação 2000	Combustível GASOLINA	Espécie / Tipo PASSAGEIRO/AUTOMOVEL

IPVA 2011						Valor (R\$)
(1) IPVA apurado						502,75
(2) Crédito da Nota Fiscal Paulista						-X-
(3) IPVA devido (3) = (1) - (2)						502,75
Pagamento à Vista	Data de Vencimento	Valor do Imposto (R\$)	Pagamento Parcelado	Data de Vencimento	Valor do Imposto (R\$)	
Com Desconto	21/01/2011	487,68	1ª Parcela	21/01/2011	167,59	
Sem Desconto	23/02/2011	502,75	2ª Parcela	23/02/2011	167,59	
			3ª Parcela	23/03/2011	167,59	

Seguro Obrigatório - DPVAT 2011

Data de Vencimento: será a mesma da 1ª parcela ou do pagamento à vista do IPVA

Prêmio Tarifário (R\$)	96,63	Custo do Bilhete (R\$)	4,15	IOF (R\$)	0,38	Valor Total (R\$)	101,16
------------------------	-------	------------------------	------	-----------	------	-------------------	--------

Licenciamento Antecipado (vide verso)

Extrato para simples conferência - Atualizado até 15/12/2010

Há débitos de IPVA de exercícios anteriores que inviabilizem o Licenciamento Antecipado?	SIM(*)	X	Multas de Trânsito			Seguro Obrigatório	
			Órgão	Qtde.	Valor (R\$)	Exercício	Valor (R\$)
			Município			2011	101,16
			CETESB			2010	93,87
			DER			Postagem de CRLV (R\$)	
			DERSA			11,00	
			DETRAN			Taxa de Licenciamento (R\$)	
			Outros Estados e Polícia Rod. Federal			59,64	
			Os valores da taxa de licenciamento, multas de trânsito e DPVAT poderão sofrer alterações, inclusive por baixa de débitos.				

(*) Verifique os valores dos débitos de IPVA do veículo, relativos a anos anteriores, no site www3.fazenda.sp.gov.br

SENHOR CAIXA:
Este Aviso é meramente informativo

NÃO AUTENTICAR



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
ESTÂNCIA BALNEÁRIA**

264,00

DEPARTAMENTO SETEL	CENTRO DE CUSTO 28.0.6.01.03	REGISTRO 13840.4
NOME DO FUNCIONÁRIO JOAO SERAFIM DE PAULA		
CARGO ELETRICISTA	NÍVEL SALARIAL N-E	
LOCAL DE PAGAMENTO / BANCO CAIXA ECONOMICA FEDERAL		CONTA BANCÁRIA 03450010128974
DATA DE PAGAMENTO 25/10/2010	COMPETÊNCIA OUTUBRO/2010	SALÁRIO BASE / HORA 592,83

DEMONSTRATIVO VENCIMENTOS/DESCONTOS

CÓD.	DESCRIÇÃO	HORA / QTDE.	VALOR
001	ORDENADO OU VENCIMENTO DO CARGO	220.00 HS	592.83
002	ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO	22.00 %	130.42
007	DIF. DE ADICIONAL-MESES ANTERIORES		62.84
018	GRATIF. POR 8 ANOS NO CARGO	1	34.98
020	FUNCAO GRATIFICADA-LEI 4623/84	4	343.00
062	PERICULOSIDADE-30%	30.00 %	177.85
088	AUXILIO-ALIMENTACAO		264.00
089	P. C. C. S. - LEI COMPLEM. 162/95		150.00
238	SUBST. SUPERIOR FG - MESES ANTERIORES	59.38 %	352.02
345	MINAS BRASIL-SEGUROS		47.29
348	SINDSERV-MENSALIDADE		23.71
355	DESC.-ADTO. SALARIAL		237.13
360	VALE-TRANSPORTE		35.57
390	CAPEP-3% S/REMUN.-ASSIST.MED.	3.00 %	55.32
418	IPREV-CONTRIB.DE 12%-L.C.593/2006	12	199.93
438	CAPEP-ASSIST.MED.DEPEN-LEI 2635/2009		80.00



MENDONÇA

Tel: 3878-5000

18 copias

16-0111

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

CONTRIBUIÇÃO FGTS	VENCIMENTOS	DESCONTOS	LÍQUIDO
0951AC130408	2.107,94	678,95	1.428,99
MENSAGEM			

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 e sem **JOÃO SERAFIM DE PAULA**, brasileiro, casado, portador do **RG 8.705.723-2** e **CPF 647.487.408-23**, faleceu no dia **04/11/2010**, tendo como único herdeiro:

MARIA LEITE DE PAULA, brasileira, casada, portadora do **RG 10.415.767** **CPF 018.496.938-70**, na qualidade de esposa.

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

Por ser expressão da verdade firmam a presente juntamente com duas testemunhas abaixo qualificado.

Santos, 14/01/2011

Beneficiários:

Maria Leite de Paula
MARIA LEITE DE PAULA
RG 10.415.767
CPF 018.496.938-70

018-496-938-70

5^o TABELÃO DE NOTAS DE SANTOS
TABELÃO MENDONÇA
RUA FREI GASPAR VIEIRA, 50 - CENTRO - SANTOS - SP - TEL: (13) 3877-5000 - FAX: (13) 3877-5009
E-mail: cartorio@tabelao.com.br

Reconheço por semelhança a firma de **MARIA LEITE DE PAULA** e dou fe.
Santos, 31 de Janeiro de 2011.
Em test^o _____ da verdade.

___ **FLAVIA LOVECCHIO R MENDONÇA** - Esc. Aut.
___ **FABIANA L R MENDONÇA** - Esc. Aut.
___ **MARIA HELENA PERES** - Esc. Aut.
___ **NEUSA TENÓRIO CORREA** - Esc. Aut. 532767402



Testemunha.

Alexandre Gomes de Souza
Alexandre Gomes de Souza

Nome: *Alexandre Gomes de Souza*
RG: *28.043.579-8*
CPF: *258.957.078-31*

Damasceno Aparecido de Oliveira

Nome: *Damasceno Aparecido de Oliveira*
RG: *17.511.695*
CPF: *080564568.30*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
JOÃO SERAFIM DE PAULA

MATRÍCULA:
123018.01.55.2010.4.00217.197.0139334-97

SEXO masculino **COR** branca **ESTADO CIVIL E IDADE** casado, com sessenta e tres anos de idade

NATURALIDADE CASJURI - MG **DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO** RG 8.705.723-2 **ELEITOR** sim

FILIAÇÃO E RESIDENCIA
filho de JOSÉ SERAFIM DE PAULA e de BETA ROSA DE JESUS, falecidos, Residência: A RUA JOSÉ ALBERTO DE LUCCA, 208, JARDIM RADIO CLUBE, SANTOS, Estado de São Paulo.

DATA E HORA DO FALECIMENTO
quatro de novembro de dois mil e dez, às 10:20 horas **DIA** 04 **MES** 11 **ANO** 2010

LOCAL DE FALECIMENTO
na Santa Casa de Misericórdia, nesta cidade

CAUSA DA MORTE
CHOQUE HEMORRAGICO, VARIZES DE ESÓFAGO SANGRANTE, INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA CRÔNICA, HEPATITE C

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO Cemitério Areia Branca **DECLARANTE** MARIA LEITE DE PAULA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
Doutora SANDRA CRISTINA FONSECA DELSIN DE QUEIROZ, CRM 61355
Atestado médico número 155038524

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES
ERA CASADO COM MARIA LEITE DE PAULA. DEIXOU 03 FILHOS: FERNANDA CRISTINA DE PAULA, COM 31 ANOS; CRISTIANO FERNANDO DE PAULA, COM 28 ANOS; WAGNER NORMANDO DE PAULA, COM 26 ANOS. DEIXOU BENS. NÃO DEIXOU TESTAMENTO. CASAMENTO REALIZADO EM ERVALIA, MG NO DIA 27/12/1975, LIVRO B-19, FLS. 182 SOB Nº 3.534. O CPF DO FALECIDO É DE Nº 647.487.408-25.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Santos, 16 de novembro de 2010.

Thiago Adriano Nogueira
Escrivão Autorizado

1ª VIA - ISENTA DE EMOLUMENTOS
Digitada por: DENILSON



25 JAN 2011

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas do 1º Subdistrito da Sede
Bel. Nelson Hidalgo Molero - OFICIAL
Município e Comarca de Santos - Estado de São Paulo
Rua Amador Bueno, 203 - CEP: 11013-150
Fone: (13) 3223-5702 - Fax: 3223-2783

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL SEM EMENDAS E/OU RASURAS

0328G-AA 295652
0328G-295001-300000-1010

COPIA COPIA



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:

JOÃO SERAFIM DE PAULA

e

MARIA LEITE DE CAMPOS //

MATRÍCULA:

0507400155 1975 3 00019 182 0003533 57



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

JOÃO SERAFIM DE PAULA, nascido aos 16/05/1947, em Cajuri - MG, brasileiro, de profissão comerciante, filho de JOSÉ SERAFIM DE PAULA e BEATA ROSA DE JESUS. // MARIA LEITE DE CAMPOS, nascida aos 02/11/1950, em São Miguel do Anta - MG, brasileira, de profissão enfermeira, filha de FABIANO LEITE e OLIVIA VIEIRA CAMPOS. //

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSÃO)

DIA MÊS ANO

vinte e sete de dezembro de mil novecentos e setenta e cinco //

27/12/1975

REGÍME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão de Bens //

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

JOÃO SERAFIM DE PAULA (SEM ALTERAÇÃO) e MARIA LEITE DE PAULA //

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

João Serafim de Paula faleceu em Santos - SP, aos 04 de novembro de 2010, como se vê do Livro C-217, folhas 197, nº 139334, do Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais do 1º Subdistrito daquela cidade. //

Certidão com Averbação...: 21,91 / Taxa Fisc. Judiciária...: 4,15 / TOTAL...: 26,06

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais
Oficiala: Maria Auxiliadora Martins de Castro
Escrivã Substituta: Eliana Martins de Andrade Castro
Praça Arthur Bernardes - Centro - Ervália - MG
(32)3554-1190 - cartoriorcivileervalia@yahoo.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Ervália - MG, 06 de dezembro de 2010.

MAMcastro.
Assinatura da Oficiala/ Substituta
Maria Auxiliadora Martins de Castro
Oficiala

- FIRMA -
7º OFÍCIO DE NOTAS
RUA DOS GOITACASES, 43 - CENTRO
BELO HORIZONTE - M.G.

- FIRMA NO -
11º - CARTÓRIO DE NOTAS
Rua Domingos de Moraes, 1788
Estação Vila Mariana (metrô)
SÃO PAULO



SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Oficiala
Maria Auxiliadora Martins de Castro
Substituta
Eliana Martins de Andrade Castro
ERVÁLIA - MINAS GERAIS

(GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO)

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

10 415 767 21 meio 76

SERIE - A - 54

Nº 078225



17576

POLÍCIA DEBITO

FRANCISCO SERRAVALLE DA MASCARENHA
DELEGADEIRO DE POLÍCIA
DELEGADO DO INSTITUTO

SSP

(INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL)

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

(GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO)

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

CÉDULA DE IDENTIDADE
NACIONALIDADE BRASILEIRA

MARIA LEITE DE PAULA

Fábio Leite
Olivia Vieira Campos

S.M. do Anta-MG 02 nov 1950

Maria Leite de paula nos

ASSINATURA DO PORTADOR

(INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL)

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

TABELA

VALIDADEZ COM OBRIGADO AUTENTICADO

0951AC130421

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

FRANCISCO L. RIBEIRO DE MENDONÇA - ESC. AUT.

FRANCISCO L. RIBEIRO DE MENDONÇA - ESC. AUT.

MARIA HELENA PERES - ESC. AUT.



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

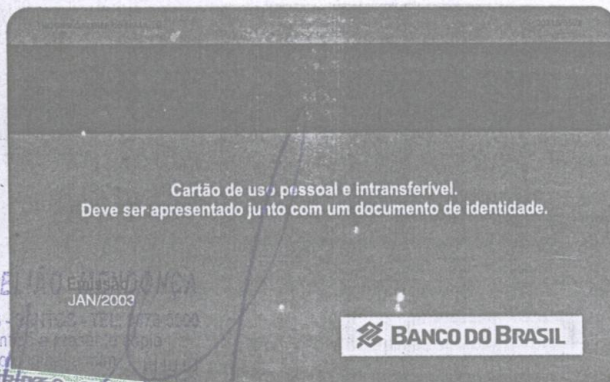
Registro de Pessoas Físicas

Telefone de ligação

018.496.938-70

Nome
MARIA LEITE DE PAULA

Data de nascimento
02/11/1950



- FABIANA L. RIBEIRO DE MENDONÇA - ESC. AUT.
- FLAVIA L. RIBEIRO DE MENDONÇA - ESC. AUT.
- MARIA HELENA PERES - ESC. AUT.

11011-6

Devolução Cx Postal 61015 SP
 05001-970 00252571533

Local 11592 Uso RESIDENCIAL
 Telefone 3203-8563 0 DV 0 NRC 00252571533
 Total da Fatura 56,79 Vencimento 15/01/2011 Mês 01/2011



CTC SANTO AMARO SPM PL6
 MARIA LEITE DE PAULA
 R JOSE ALBERTO DE LUCA 208
 11088-170 JD RADIO CLUBE SANTOS - SP



720809188900208000003232520060111

Vencimento
 15/01/2011

Central de Relacionamento:
 10315

SERVIÇOS

SERVIÇOS	VÁLOR (R\$)
Assinatura Mensal	36,45
Outros Serviços	15,00
Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Reduzido	0,80
Ligações Adicionais Fixo-Fixo Locais em Horário Normal	4,54



Nas lojas de atendimento da Telefonica você pode esclarecer dúvidas e obter informações sobre produtos, serviços e sobre sua conta de telefone. Consulte o endereço da loja mais próxima pelo telefone 102 ou no site www.telefonica.com.br

TOTAL A PAGAR

56,79

Contribuição para o FUST e FUNTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas.

Atenção: O atraso do pagamento acarreta em multa de 2% e juros de 1% a.m.

Para longa distância: 12-CTBC 14-BRT 15-TELEFÔNICA 17-TRANSIT 18-SPIN 19-ÉPSILON 21-EMBRATEL 23-INTELIG 24-DIALDATA 25-GVT 26-IDT 28-T-LESTE 31-TELEMAR 32-CONVERGIA 34-ETMI 35-EASYTONE 36-DSLI VOX 38-TESA 41-TIM 42-GT GROUP 45-GLOBAL CROSSING 46-HOJE TELECOM 47-BT COMMUNICATIONS 49-CAMBRIDGE 57-TACEU 58-VOITEL 61-NEXUS 62-OTS OPTION 63-HELLO BRAZIL 67-E1 72-LOCAWEB 75-VIPWAY 81-SERMATEL 85-AMERICA NET 89-KONECTA 91-IP CORP TELECOM 98-AMIGO TELECOM 98-ALPHA NOBILIS. Para recurso Telefonica, ligue 10315 c/ protocolo fornecido pela Prestadora. ANATEL 133, ligue com o protocolo da Telefonica.



O processo de faturamento das ligações está Certificado conforme Resolução 426 de 08/12/2005 (artigo 18).

Disque
15

Telefônica: telefone, banda larga e tv por assinatura.
 Sua família conectada, SEMPRE.

MA10160005349911700*

