

Processo nr.

Estipulante: **SANTOS PECULIO -SINDICATO DOS SERV. PÚBL MUNICIPAIS DE SANTOS - PECÚLIO**

Segurado **ODIL IRUSSA**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	MORTE NATURAL	21/03/2013	26/06/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 01/2013;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS AUTENTICADA;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO AVERBADA;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE LOURDES RAMOS IRUSSA; (ESPOSA)
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DE LOURDES RAMOS IRUSSA REF. AO MÊS 05/2013.



Protocolo de envio de documentos

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

Processo nr.

Estipulante: SANTOS PECULIO -SINDICATO DOS SERV. PÚBL. MUNICIPAIS DE SANTOS - PECÚLIO

Segurado ODIL IRUSSA

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PRÓPRIO SEGURADO	MORTE NATURAL	21/03/2013	26/06/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 01/2013;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS AUTENTICADA;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO AVERBADA;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE LOURDES RAMOS IRUSSA; (ESPOSA)
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DE LOURDES RAMOS IRUSSA REF. AO MÊS 05/2013.



Protocolo de envio de documentos

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

Processo nr.

Estipulante: **SANTOS PECULIO -SINDICATO DOS SERV. PÚBL. MUNICIPAIS DE SANTOS - PECÚLIO**

Segurado **ODIL IRUSSA**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PRÓPRIO SEGURADO	CESTA BASICA	21/03/2013	26/06/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 01/2013;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS AUTENTICADA;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO AVERBADA;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE LOURDES RAMOS IRUSSA; (ESPOSA)
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DE LOURDES RAMOS IRUSSA REF. AO MÊS 05/2013.



Protocolo de envio de documentos

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

Processo nr.

Estipulante: **SANTOS PECULIO -SINDICATO DOS SERV. PÚB MUNICIPAIS DE SANTOS - PECÚLIO**

Segurado **ODIL IRUSSA**

Sinistrado	Causa	Ocorrencia	Dt. Aviso
PROPRIO SEGURADO	CESTA BASICA	21/03/2013	26/06/2013

Documentos anexos

DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA:

AVISO DE SINISTRO PREENCHIDO, ASSINADO E CARIMBADO PELO MÉDICO;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO SEGURADO;
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DO SEGURADO REF. AO MÊS 01/2013;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO;
DECLARAÇÃO DE HERDEIROS AUTENTICADA;
COPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO AVERBADA;
COPIA AUTENTICADA DO RG COM CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DE LOURDES RAMOS IRUSSA; (ESPOSA)
COPIA AUTENTICADA DO HOLERITE DE LOURDES RAMOS IRUSSA REF. AO MÊS 05/2013.

01-02-2013



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 **Odil Irussa**, falecido em **21/03/2013**, para fins de pagamento **Seguro de vida Pecúlio**, conforme abaixo relacionado:

Relatório médico preenchido e assinado pelo Drº Leone Rapoport com CRM 75784

Cópia autenticada da Certidão de Óbito **Odil Irussa**

Cópia autenticada do RG com CPF de **Odil Irussa**

Cópia autenticada do holerite do mês de falecimento de **Odil Irussa** / vide o verso serve como comprovante de residência no nome de **Odil Irussa**

Cópia autenticada da certidão de casamento averbada no nome de **Odil Irussa** com **Lourdes Ramos Irussa**

Declaração de herdeiros assinado com firma reconhecida em cartório, deixando como beneficiária **Lourdes Ramos Irussa**, esposa.

Cópia autenticada do RG com CPF **Lourdes Ramos Irussa**

Cópia autenticada do comprovante de residência no nome de **Lourdes Ramos Irussa**

aviso sinistro preenchido pelo estipulante e ASSINADO PELA FAMÍLIA.

Santos, 21/06/2013

SINDSERV

[Handwritten signature]

À
VERTCON SEGUROS
A/C - Rosi

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICO
MUNICIPAIS DE SANTOS
Av. Campos Sales 106 Vila Nova
CEP: 11013-401 Santos - SP

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
Rosicleide Nave
Recebido
26-06-2013



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 **Odil Irussa**, falecido em **21/03/2013**, para fins de pagamento **Seguro de vida Pecúlio**, conforme abaixo relacionado:

Relatório médico preenchido e assinado pelo Drº Leone Rapoport com CRM 75784

Cópia autenticada da Certidão de Óbito **Odil Irussa**

Cópia autenticada do RG com CPF de **Odil Irussa**

Cópia autenticada do holerite do mês de falecimento de **Odil Irussa** / vide o verso serve como comprovante de residência no nome de **Odil Irussa**

Cópia autenticada da certidão de casamento averbada no nome de **Odil Irussa** com **Lourdes Ramos Irussa**

Declaração de herdeiros assinado com firma reconhecida em cartório, deixando como beneficiária **Lourdes Ramos Irussa**, esposa.

Cópia autenticada do RG com CPF **Lourdes Ramos Irussa**

Cópia autenticada do comprovante de residência no nome de **Lourdes Ramos Irussa**

Santos, 21/06/2013

SINDSERV

À
VERTCON SEGUROS
A/C - Rosi

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE SANTOS
Av. Campos Sales 106 Vila Nova
CEP: 11013-401 Santos - SP

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.

Recebido 26.06.2013



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>Sindicato dos Servidores Públicos Municipais Santos</i>						APÓLICE Nº	
SEGURADO <i>Odil Inuete</i>				DATA DE NASCIMENTO <i>21/05/32</i>	PROFISSÃO <i>motorista</i>	ESTADO CIVIL	
SINISTRO DE		CAUSA		DATA ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO	ÚLTIMO SALÁRIO	
<input checked="" type="checkbox"/> MORTE		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ		<input type="checkbox"/> PROFISSIONAL		<input checked="" type="checkbox"/> NATURAL	
						<input type="checkbox"/> DOENÇA	
						<input type="checkbox"/> ACIDENTE	
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?		- Motivo :	
BENEFICIÁRIOS							
NOME		GRAU DE PARENTESCO		ENDEREÇO		IDADE	
<i>Leandro Ramos Inuete</i>		<i>esposa</i>		<i>Avenida Bartolomeu de Gusmão 43</i>		<i>83</i>	
SINDICATO DOS SERVIDORES PUBLICO MUNICIPAIS DE SANTOS							
<i>Santos 21 de Junho de 2013</i>				<i>Av. Campos Sales 106, Vila Nova</i>			
LOCAL E DATA				CARRIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR			
INFORMAÇÕES DO SEGURADO							
SEGURADO <i>Odil Inuete</i>				DATA DE NASCIMENTO <i>21/05/32</i>	PROFISSÃO <i>motorista</i>	TELEFONE <i>8834-7194</i>	
ENDEREÇO <i>Av. Bartolomeu de Gusmão 43 cap 107</i>				CIDADE <i>Santos</i>	UF <i>SP</i>		
DATA DO ACIDENTE <i>21/03/13</i>	HORA <i>10:45</i>	LOCAL DO ACIDENTE <i>Hospital Inuete, Santos/SP</i>					
DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS							
TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL?		QUAL?					
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO							
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.							
<i>Santos 21 de Junho de 2013</i>				<i>[Assinatura]</i>			
LOCAL E DATA				ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL			

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO

Wesley Souza

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LÓCAL DO FALECIMENTO

DATA

HÓRAS

FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?

DATA DA 1ª CONSULTA

DATA DA ÚLTIMA CONSULTA

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

A) PRIMÁRIA

B) SECUNDÁRIA

Hemorragia digestiva alta, doença pulmonar obstructiva crônica.

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

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? SIM NÃO DESDE QUANDO? *—* QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? *aparelhador* QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?

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

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

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.

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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A INVALIDEZ É DEFINITIVA? <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.)

HOUVE 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

HOUVE 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 SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E CLASSIFICANDO-AS SEGUNDO O GRUPO 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 *DR LEONE RAPOPORT*

CRM Nº *75784*

ENDEREÇO *R: veitor de stano*

AFIRMÓ QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Santos 20/06/13
LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO

CARTÓRIO REGISTRO CIVIL DE SANTOS
2º SUBDISTRITO
Aldir Pascoal Monte Belo - Oficial
Av. Washington Luiz, 61 (Canal)
AUTENTICACÃO
Autentico a presente cópia frente
original a mim apresentada

0956AA 862292
AUTENTICACÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CARDO GUMBIEL

MAIOR DE 65 ANOS

0101-6

POLEGAR DIREITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO TITULAR

80-080529

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2.368.458-6 DATA DE EXPEDICAO 17/NOV/2005

ODIL IRUSSA

OCTACILIO IRUSSA

E EMMA ADELINE IRUSSA

NATURALIDADE SANTOS -SP DATA DE NASCIMENTO 21/MAI/1932
MAIOR DE 65 ANOS

DOC. ORIGEM SANTOS SP
SANTOS
CC:LV.B39 /FLS.95 /N.015669

CPF 071089408/25

Delegado Divisao de Registro Civil - SP
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REGISTRO CIVIL/2º SUBDISTRITO
SANTOS - SP
ESTE LADO EM BRANCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE ÓBITO

ODIL IRUSSA

MATRÍCULA: 122671 01 55 2013 4 00116 042 0052549 16

SEXO masculino COR branca ESTADO CIVIL E IDADE casado com 80 anos de idade

NATURALIDADE SANTOS - SP DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG 23684586 SSP/SP ELEITOR Não

RESIDÊNCIA E FILIAÇÃO Avenida Bartolomeu de Gusmão, 43, ap. 107, Boqueirão, em Santos - SP, filho de OCTACILIO IRUSSA e de EMMA ADELINE IRUSSA

DATA E HORA DE FALECIMENTO 21 de março de 2013, às 10:45 Hs. DIA 21 MÊS 03 ANO 2013

LOCAL DE FALECIMENTO Hospital Frei Galvão, Santos-SP.

CÁUSA DA MORTE choque séptico, broncopneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, hemorragia digestiva alta, doença de alzheimer

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) Cemitério Municipal Areia Branca, Santos/SP DECLARANTE Ercília Ramos Irussa

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO Médico(a) Dr(a). Maria do Socorro de Araujo, CRM 46998

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES Ato registrado sob nº 52549, Fls. 42-F do livro C-116, aos 27/3/2013.
Era casado com Lourdes Ramos Irussa, cujo casamento realizou-se no dia 17/01/1959, nesta Serventia (Lv.B-39, fls. 95, nº 15.669). Deixa uma filha: Ercília Ramos Irussa com 52 anos de idade. Não deixa bens, nem testamento. Portador do CPF. 071.089.408-25.

Todo o referido é verdade. Dou fé.
SANTOS -SP, 03 de abril de 2013.

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais
2º Subdistrito de Santos/SP
Aldir Pascoal Monte Bello - Oficial Titular
Av. Washington Luiz, 61 - (Canal 3) - Vila Mathias
- Santos/SP - CEP: 11.050-201
Fone: (13) 3234-2811 - Fax: 3222-2954
e-mail: registrocivil2@uol.com.br

Célia Regina Gama Soares
Escrivente Autorizada
2º Subdistrito de Santos-SP

Célia Regina Gama Soares
Escrivente Autorizada

1ª VIA ISENTA DE EMOLUMENTOS
Digitado por: Silmara



COPIA COPIA COPIA



**Instituto de Previdência Social dos
Servidores Públicos Municipais de Santos**

ÓRGÃO	CENTRO DE CUSTO	REGISTRO
IPREVSANTOS	40.O.O.38.00	06831.2

ODIL IRUSSA	NOME DO SERVIDOR INATIVO
-------------	--------------------------

MOTORISTA	CARGO	NÍVEL DE REFERÊNCIA
		G

BANCO DO BRASIL S/A	LOCAL DE PAGAMENTO / BANCO	CONTA BANCÁRIA
		0004300387606

DATA DE PAGAMENTO	COMPETÊNCIA	SALÁRIO BASE / HORA
25/01/2013	JANEIRO/2013	1.263,35

DEMONSTRATIVO PROVENTOS/DESCONTOS			
CÓD.	DESCRIÇÃO	HORA / QTDE.	VALOR
001	PROVENTO OU VENCIMENTO DO CARGO	200.00 HS	1.263,35
002	ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO	22.00 %	277,94
281	REFERENCIA FUNCIONAL	VI	245,16
282	VANTAGEM PESSOAL		1,46
348	S.P.M.S.-MENSALIDADE		30,51
355	DESC.-ADTO. SALARIAL		59,34
390	CAPEP.-3% ASSIST. SAÚDE		33,64
438	CAPEP.-ASSIST. MED. DEPEN. LEI 2635/2009	3.00 %	125,15

CONTRIBUIÇÃO FGTS	PROVENTOS	DESCONTOS	LÍQUIDO
	1.787,91	714,64	1.073,27

MENSAGEM

1.º Tabelião de Notas-Santos/SP

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado.
Foi fê. Santos, 19/06/2013.
- Escrevente Autorizado -
Deste: R\$ 2,50



ANDREA MARTINS RIBEIRO RICINI
1.ª Es. Autógrafa

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 que Odil Irussa, brasileiro (a), casado (a), portador do **RG 2.368.458** e **CPF 071.089.408**, faleceu no dia 21/03/2013 tendo como herdeiros: Lourdes Ramos Irussa, brasileira, casada, portadora do **RG: 11.508.4956**, e **CPF: 1581994158-69** 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 09/05/2013

Beneficiário:

Lourdes Ramos Irussa
PCPF:

Testemunhas.

Priscilla Ramos Irussa
Nome:
RG: 44.408.013-4
CPF: 341.781.658-01

Vania Ramos de Oliveira
Nome:
RG: 12.605.715
CPF: 036.843.658-66

SEXTO TABELIÃO DE NOTAS
Bel. Hércules José Duppre - Tabelião

Rua XV de Novembro, 32 - Centro - Santos - SP - CEP 11010-150
Tel.: (13) 3219-5357 - Fax: (13) 3219-5357
www.tabeliaoduppre.com.br - e-mail: duppre@tabeliaoduppre.com.br

Reconheço por Semelhança a(s) firma(s) de *****
VANIA RAMOS DE OLIVEIRA, PRISCILLA RAMOS IRUSSA, ****
LOURDES RAMOS IRUSSA *****
SANTOS, 09 de Maio de 2013.
Pago: R\$19,50. Em Test _____ da verdade

LUCAS CARDOSO DE MELLO COELHO - ESCRIVENTE AUTORIZADO
0950AA

0950AA096467

0950AA235926



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

**ODIL IRUSSA e
LOURDES RAMOS**

MATRÍCULA: 122671 01 55 1959 2 00039 095 0015669 48

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

ODIL IRUSSA, de nacionalidade brasileira, nascido em Santos - SP, no dia 21/05/1932, filho de OCTACILIO IRUSSA e de EMMA ADELINA IRUSSA

LOURDES RAMOS, de nacionalidade brasileira, nascida em Santos - SP, no dia 06/06/1930, filha de JOSÉ JOAQUIM RAMOS e de ASSUMPTÃO CABRAL.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

dezessete de janeiro de mil novecentos e cinquenta e nove

DIA

17

MÊS

01

ANO

1959

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Geral de Bens.

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

ODIL IRUSSA

LOURDES RAMOS IRUSSA

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Ato registrado sob nº 15669, Fls. 95-F do livro 39-B.

Anotação 01: Faleceu o contraente ODIL IRUSSA, no dia 21/03/2013, em Santos/SP, estando o óbito lavrado às fls. 42, do Lv. C-116, sob nº 52549, nesta Serventia. Santos, 04 de abril de 2013.

Todo o referido é verdade. Dou fé.
SANTOS -SP, 04 de abril de 2013.

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais

2º Subdistrito de Santos/SP

Aldir Pascoal Monte Bello - Oficial Titular

Av. Washington Luiz, 61 - (Canal 3) - Vila Mathias

- Santos/SP - CEP: 11.050-201

Fone: (13) 3234-2811 - Fax: 3222-2954

e-mail: registrocivil2@uol.com.br



Mariana Nascimento Santos
Escrevente Autorizada

Custas:
Oficial: ..R\$ 28.96
IPESP:..... R\$ 5.79
Total:R\$ 34.75
Guia nº76/13

Digitado por: Bruna Faria

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS P. N. DO 2º SUBDISTRITO
Av. Washington Luiz, 61 - Vila Mathias - Santos
Bel. Aldir Pascoal Monte Bello - Oficial Titular
Reconheço e firmo (se) por semelhança e/valor de: **MARTANA NASCIMENTO SANTOS**
Santos, 04 de abril de 2013.
Em test. _____ da verdade. P: 1 - C:149593
Célia Regina Lima Soares - Escrevente Autorizada
Vir: R\$ 4,25. Selo(s): 257898-0956AA
Valido somente com o selo de Autenticidade

REGISTRO CIVIL
0956A
57898

SANTOS
SUBDISTRITO

COPIA COPIA COPIA

0300G-AA 229335



PARA USO DO CORREIO

- MUDOU-SE
- ENDEREÇO INSUFICIENTE
- NÃO EXISTE Nº INDICADO
- DESCONHECIDO
- INF. ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO

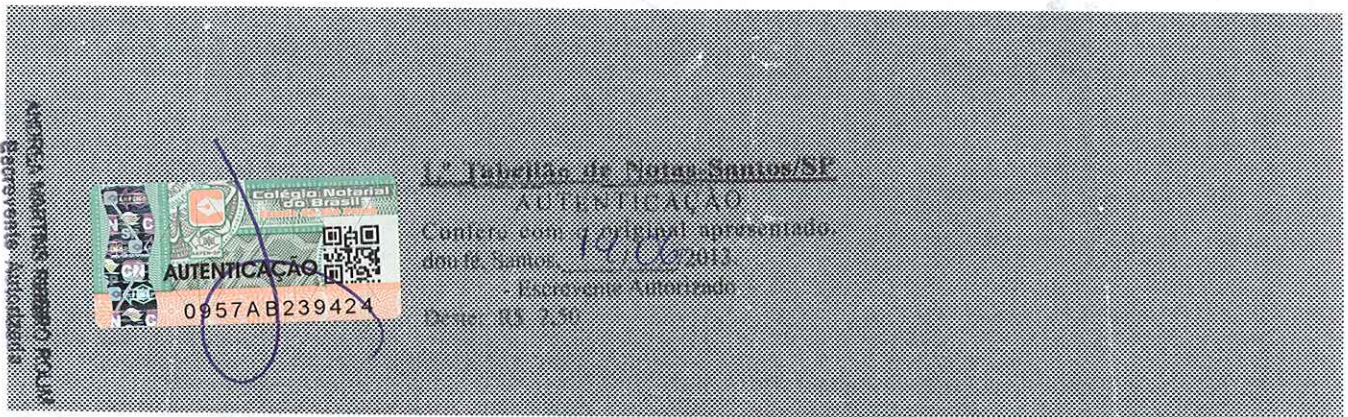
- NÃO PROCURADO
- AUSENTE
- FALECIDO
- RECUSADO

DATA	REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM
ASSINATURA DO ENTREGADOR	



Instituto de Previdência Social dos Servidores Públicos Municipais de Santos

SITE: www.iprevsantos.com.br



Cdd/Boqueirao

66.831.9 40.00.38.00 2.109 IPREV
 LOURDES RAMOS IRUSSA
 AVENIDA BARTOLOMEU DE GUSMAO, 43 AP 107 - BLC B
 SANTOS SP
 11045-400 BOQUEIRAO

IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS
 IPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOSIPREVSANTOS

REMETENTE: **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE SANTOS**
 RUA CEARÁ Nº 11 - POMPÉIA
 CEP 11065-430 - SANTOS - SÃO PAULO
 TEL.: (13) 3225-9099

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8900-3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON DAUMT

MAIOR DE 65 ANOS

PROIBIDO PLASTIFICAR

677-094972

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Lourdes Ramos Irussa

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 17.508.495-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/ABR/2013

NOME LOURDES RAMOS IRUSSA

FILIAÇÃO JOSÉ JOAQUIM RAMOS E ASSUMPÇÃO CABRAL

SANTOS -SP 06/JUN/1930

SANTOS-SP SEGUNDO SUBDISTRITO CC:LV.B39 /FLS.95 /N.015669 158994158/60

212 Delegado Divisionário Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ANDREA MARTINS ROJIM
Escrevente Autorizada

Colégio Nacional do Brasil

AUTENTICAÇÃO

0957AB239421



1.º Tabelião de Notas-Santos/SP

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado, dou fé. Santos, 14/06/2013.

- Escrevente Autorizado -

Deste: R\$ 2,50



Instituto de Previdência Social dos
Servidores Públicos Municipais de Santos

DEPARTAMENTO IPREVSANTOS
CENTRO DE CUSTO 40.O.O.38.00
REGISTRO 66831.9

NOME DO FUNCIONÁRIO
LOURDES RAMOS IRUSSA

CARGO
NÍVEL SALARIAL
G

LOCAL DE PAGAMENTO / BANCO
BANCO DO BRASIL S/A
CONTA BANCÁRIA
0004300824836

DATA DE PAGAMENTO
24/05/2013
COMPETÊNCIA
MAIO/2013
SALÁRIO BASE / HORA
944,49

DEMONSTRATIVO VENCIMENTOS/DESCONTOS

CÓD.	DESCRIÇÃO	HORA / QTDE.	VALOR
040	DIF. PGTOS. ANTERIOR		1.259,29
076	PENSAO		934,49
390	CAPEP-3% - ASSISTENCIA MEDICA	3,00 %	28,33

CONTRIBUIÇÃO FGTS
VENCIMENTOS 2.203,78
DESCONTOS 28,33
Líquido 2.175,45

Mensagem

1.º Tabellão de Notas-Santos/SP

AUTENTICAÇÃO

Confere com o original apresentado.
dou fe Santos, 14/06/2013.
- Escrevente Autorizado -
Deste: R\$ 2,50



ANDRÉIA MARTINS RIBEIRO
Escrevente Autorizada