



Sind. dos Seg. de Campinas

DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE SINISTRO

MORTE NATURAL

SINISTRADO : Delcindo Ramos

SEGURADO : O mesmo

OCORRENCIA : 30/04/2009

DATA DO AVISO 21/09/2009

DOCUMENTOS ANEXOS

DOCUMENTAÇÃO DO SEGURADO

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| ☒ | Aviso de Sinistro original | |
| ☒ | Xerox - Certidão de Óbito | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☒ | Xerox - Certidão de Casamento | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☒ | Xerox - RG do Segurado | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☒ | Xerox - CPF do Segurado | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☒ | Xerox - Comp / Residência | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☐ | Xerox - Prontuário Médico | - () Autenticada () Simples |
| ☒ | Xerox - Holerite do Mês <u>07/2009</u> | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☐ | Xerox - Ficha de Registro | - () Autenticada () Simples |
| ☐ | Xerox - Cartão Proposta | - () Autenticada () Simples |
| ☒ | <u>Ficha Cadastral</u> | |
| ☐ | | |

DOCUMENTAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| ☒ | Xerox - CPF dos beneficiários | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☒ | Xerox - RG dos beneficiários | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☐ | Xerox - Certidão de Casamento | - () Autenticada () Simples |
| ☒ | Xerox - Comprovante de Residência | - ☒ Autenticada () Simples |
| ☒ | Declaração de Únicos Herdeiros | |
| ☐ | Autorização de Pagamentos em Conta Corrente | |
| ☐ | | |
| ☐ | | |
| ☐ | | |

Enviado por

Jurel

Data

21/09/09

**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 87.865.360/0001-27**AVISO DE SINISTRO
VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES
PESSOAIS**

ESTIPULANTE/EMPREGADOR		INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE				APÓLICE Nº	
SEGURO	ORLANDO RAMOS	DATA DE NASCIMENTO	06/01/1923	PROFISSÃO	MESTRE MANUT.	ESTADO CIVIL	CASADO
SINISTRO DE		CAUSA		DATA ADMISSÃO	22/05/1958	ÚLTIMO DIA TRABALHADO	ÚLTIMO SALÁRIO
☐ MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ PROFISSIONAL		☒ NATURAL ☐ DOENÇA ☐ ACIDENTE					
ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS?		☒ SIM ☐ NÃO - EM CASO AFIRMATIVO INFORME O PERÍODO E MOTIVO					
De	/	/	a	/	/	-	Motivo : APOSENTADORIA POR TEMPO DE SERVIÇO DESDE 31/01/1989
De	/	/	a	/	/	-	Motivo :
De	/	/	a	/	/	-	Motivo :
De	/	/	a	/	/	-	Motivo :
Estava aposentado?		☒ SIM ☐ NÃO		Desde quando?		31/01/1989 - Motivo : POR TEMPO DE SERVIÇO	
BENEFICIÁRIOS							
NOME		GRAU DE PARENTESCO		ENDEREÇO		IDADE	
SEBASTIANA DE GODOY RAMOS		ESPOSA		R.DR.GUILHERME BOLLIGER,144		80	
				VILA PARAÍSO-CAMPINAS/SP			
				SIND. DOS TRAB. SERV. PÚBLICO			
				MUNICIPAL DE CAMPINAS			
CAMPINAS, 16/SETEMBRO/2009.				CNPJ 58.391.445/0001-53			
LOCAL E DATA		CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR					
SEGURO		INFORMAÇÕES DO SEGURO					
ORLANDO RAMOS		DATA DE NASCIMENTO		06/01/1923		PROFISSÃO	
ENDERECO		RUA DR.GUILHERME BOLLIGER,144-VILA PARAÍSO		CAMPINAS		TELEFONE	
DATA DO ACIDENTE		HORA		LOCAL DO ACIDENTE		CAMPINAS	
						UF	
						SP	
DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS							
CAUSA DA MORTE: DISENÇÃO DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS E SISTEMAS, CHOQUE SEPTICO, SEPSE URINÁRIA.							
TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL?		QUAL?					
☐ SIM ☐ NÃO							
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURO							
NOME		ENDEREÇO					
NOME		ENDEREÇO					
INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO							
DATA 1º SOCORRO		LOCALIDADE		ESTABELECIMENTO			
ENDERECO				CIDADE		UF	
NOME DO MÉDICO		CRM Nº		ENDERECO		TELEFONE	
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.							
CAMPINAS, 16/SETEMBRO/2009.							
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO SEGURO OU RESPONSÁVEL					

Sebastiana Godoy Ramos
ASSINATURA DO SEGURO OU RESPONSÁVEL

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO CAMPINAS	DATA 30/07/2009	HORAS 3h45	FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL? EM HOSPITAL/CASA SAÚDE DE CPS	DATA DA 1ª CONSULTA	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA
---	---------------------------	----------------------	--	---------------------	-------------------------

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?

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

A) PRIMÁRIA

B) SECUNDÁRIA

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

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? DESDE QUANDO? QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?

☐ SIM ☐ NÃO

HOUVE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HABITOS 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? ☐ SIM ☐ NÃO	A INVALIDEZ É DEFINITIVA? ☐ SIM ☐ NÃO
------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------------------------	---	--

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO? A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É:

☐ SIM ☐ NÃO☐ LABORAL☐ 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.)

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 PRÉEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO AFIRMATIVO, QUAL?

O PACIENTE ESTÁ EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?

EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZA-LA? ☐ SEM INVALIDEZ ☐ COM INVALIDEZ**CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZA-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 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

CRM Nº

ENDEREÇO

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

CÉDULA DE IDENTIDADE

NACIONALIDADE BRASILEIRA

SEBASTIANA DE GODOY RAMOS

Nome

Sebastião Antonio de Godoy

Filiação

Francisca Netta de Godoy

Campinas SP

23.Ago.1929

Naturalidade

Assinatura do Portador

Sebastiana Godoy Ramos

(DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL E CRIMINAL)

CASA DA MOEDA DO BRASIL

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

9.184.311

16.Mai.1975

REGISTRO GERAL

SÃO PAULO

FOTO 3x4

CONFERENTE

POLEGAR DIREITO

Cartão de Identificação Pessoal e Intransferível

Rua Delino Cintra, 404 - Campinas - SP

A presente xerocópia confere com o original

Assinatura do Portador

Sebastiana Godoy Ramos

Colégio Notarial do Brasil - SP

ARPEN SP

Autenticação

Estado de São Paulo

0194AB568386

do somente com o selo de autenticidade

Silvia Cristina Moreira Bueno, Escrevente

Lucilene Maria Nadin, Escrevente

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

384.194.068-48

SEBASTIANA DE GODOY RAMOS

23/08/1929

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

CORREIOS

WWW.CORREIOS.GOV.BR

Colégio Notarial do Brasil - SP

ARPEN SP

Autenticação

Estado de São Paulo

0194AB568386

do somente com o selo de autenticidade

Silvia Cristina Moreira Bueno, Escrevente

Lucilene Maria Nadin, Escrevente

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 11.978.082-3

DATA DE EXPEDIÇÃO 24/MAR/94

NOME ORLANDO RAMOS

FILIAÇÃO AQUILINO RAMOS E FLORIZA PIRES

NATURALIDADE VALINHOS -SP

DATA DE NASCIMENTO 06/JAN/1923

DOC ORIGEM CAMPINAS SP

MAIOR DE 65 ANOS

CECEIRO SUBDISTRITO

CPF 2.634.194-48

FLS. 45 / N. 001451

DR. ROBERTO LUIZ AYRES

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS GOMES DE OLIVEIRA

700-8

Cartão de Identificação Pessoal e Intransferível

Rua Delino Cintra, 404 - Campinas - SP

A presente xerocópia confere com o original

Assinatura do Portador

Orlando Ramos

Colégio Notarial do Brasil - SP

ARPEN SP

Autenticação

Estado de São Paulo

0194AB568386

do somente com o selo de autenticidade

Silvia Cristina Moreira Bueno, Escrevente

Lucilene Maria Nadin, Escrevente

CIC

NASCIMENTO 23.01.23

CONTRIBUINTE

ORLANDO RAMOS

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

Colégio Notarial do Brasil - SP

ARPEN SP

Autenticação

Estado de São Paulo

0194AB568386

do somente com o selo de autenticidade

Silvia Cristina Moreira Bueno, Escrevente

Lucilene Maria Nadin, Escrevente

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DECLARAÇÃO COMPROBATÓRIA DE INSCRIÇÃO NO

REGISTRO DE CONTRIBUÍNTES

Rua Delino Cintra, 404 - Campinas - SP

A presente xerocópia confere com o original

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Orlando Ramos

uma empresa do grupo CPFL Energia



Companhia Paulista de Força e Luz
Rod. Campinas Mogi-Mirim km 2,5 Nº 1755
CP 7005 CEP 13076-970 - Campinas - SP
Inscrição Estadual 244.163.955.115
Inscrição no CNPJ 33.050.196/0001-88

ORLANDO RAMOS
R DR GUILHERME BOLLIGER 144
VL PARAISO
13042 - 040 CAMPINAS /SP

Nota Fiscal
Conta de Energia Elétrica
No 001850316 série A
Data de Emissão 28/07/2009
Data de Apresentação: 31/07/2009
Pág. 01 de 01

Roteiro de Leitura	No. Medidor	Tipo de Conta	Seu código	Reservado ao Fisco
36-32560	208953043		9293930	3D34.70A2.A4FB.6B22.BD7D.9FF0.E4EF.BA61

PREZADO (A) CLIENTE

Para maior comodidade cadastre sua Conta de Energia Elétrica em Débito Automático. Procure o banco de sua preferência.

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

ORLANDO RAMOS
R DR GUILHERME BOLLIGER 144
VL PARAISO CAMPINAS/SP
CLASSIFICAÇÃO: RESIDENCIAL NORMAL BIFÁSICO
TENSÃO NOMINAL: 220/127V

CPF - 26345749834

ATENDIMENTO CPFL	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0800 0 101 10 10 www.cpfl.com.br	02934180	11-2008	17/07/2008	169,69

INDICADORES DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

CAMPINAS LESTE	DEC	FEC	DIC	FIC	DMIC
Padrão	3,00	2,10	20,00	16,00	10,00
Apurado	0,31	0,30	0,00	0,00	0,00

DEMONSTRATIVO: IMPOSTOS / COMPOSIÇÃO DA TARIFA

ICMS - Base de Cálculo R\$ 165,79	Energia	R\$	62,92
Aliquota 25%	Transmissão	R\$	9,48
Valor ICMS R\$ 41,45	Distribuição	R\$	33,51
Valor COFINS R\$ 6,63	Encargos	R\$	10,36
Valor PIS R\$ 1,44			

INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA**DÉBITOS DE OUTROS SERVICOS**

CONTRIBUICAO CUSTEIO ILUM. PUBLICA	3,90+
------------------------------------	-------

CRÉDITOS / DEVOLUCÕES

Valor (R\$)

TOTAL A PAGAR (R\$)

169.69

REAVISO DE CONTAS VENCIDAS

**DEMONSTRATIVO DE DESPESAS
 DOCUMENTO PARA PAGAMENTO**

Telefônica

13897 - 6 L

Local 11135 **Uso** RESIDENCIA
Telefone 3234-0733 0 **DV** 0 **NRC** 00203084691
Total da Fatura 182,43 **Vencimento** 18/08/2009 **Mês** 08/2009



CTCE CAMPINAS CID/SPI PL 1
 SEBASTIANA DE GODOY RAMOS
 R GUILHERME BOLLIGER DR 144
 13043-320 VL MARIETA CAMPINAS - SP

Devolução Cx Postal 61015 SP
 05001-970 00203084691



Vencimento
 18/08/2009

Central de Relacionamento:
 10315

SERVIÇOS

Assinatura Mensal
 Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Reduzido
 Ligações Adicionais Fixo-Fixo Locais em Horário Normal
 Ligações para Celular
 Chamadas de Longa Distância Nacional - Telefônica 15

VALOR (R\$)

39,97
 12,60
 42,22
 78,82
 8,82



**A Telefônica,
 por meio
 de sua
 Fundação,
 apóia a
 educação e
 defende os
 direitos da
 criança e do
 adolescente.**

TOTAL A PAGAR

182,43

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 19-ÉPSILON 21-EMBRATEL 23-INTELG 24-PRIMEIRA ESCOLHA 25-GVT 26-IDT 28-HIP TELECOM 29-T-LESTE 31-TELEMAR 32-CONVERGIA 34-ETML 35-EASYTONE 36-DSLI VOX 38-TESA 41-TIM 42-GT GROUP 45-GLOBAL CROSSING 51-51 BRASIL 61-NEXUS 63-HELLO BRAZIL 81-SERMATEL 89-KONECTA 81-IP CORP 88-ALPHA NOBILIS. Para recurso Telefônica, ligue 10315 c/ protocolo fornecido pela Prestadora. ANATEL 133, ligue com o protocolo da Telefônica.



O processo de faturamento das ligações está Certificado conforme Resolução 426 de 09/12/2005 (artigo 18).

Disque
15

Nas lojas de atendimento da Telefônica 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

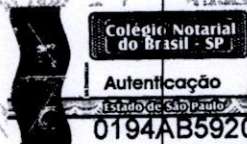
182,43 TEL DIN
 0161 689038100 180809

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.

0190160006429521100

DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO		APOSENTADOS E PENSIONISTAS		Mês/Ano
Nome			07/2009	
Lotação			Prontuário	
Tipo Salário			37168	
Conta Corrente			Banco	
Cargo/Especialidade			1	
MESTRE MANUTENCAO/CONSERVACAO				

Código de verba	Referência	Provento	Desconto
001 VENCIMENTO BASE	216,0000	1.207,40	
004 SEXTA PARTE		327,74	
006 ADICIONAL TEMPO SERVICO	69,3800	1.364,31	
007 RESGATE		203,34	
008 FUNCAO GRATIF. INCORPORADA		158,78	
091 INCORPORACAO LEI 12592/06		66,97	
093 VANT. PESSOAL ENQUADRAM. I		329,94	
500 MENSALIDADE SINDICATO	2,0000		24,15
518 CARNE INSS			2.250,71
525 MINAS BRASIL SEGUROS			24,23



Cartório Sta. Cruz Reg. Civ. 2º Subdistrito
Rua Delino Cunha, 404 - Campinas - SP
SP. Este documento contém cópia com o original.

Autenticação
Estado de São Paulo
16 SET 2009

Quando somente o selo de autenticidade
☐ Malusamento por falta de fidelidade Oficial
☒ Paulo Roberto Junior ☐ Cícero de S. Silva

TOTAIS		Salário Base	Proventos	Descontos
Base I. Renda 65 anos		1.207,40	3.658,48	2.299,09
Base I. Renda Isento		0,00		
Dep. IR	Dep. SF	Base Previdência	Base I. Renda Tributável	Líquido a receber
1	0	0,00	0,00	1.359,39
MENSAGENS				
Empresa				
Estabelecimento				

FICHA CADASTRAL

Cód.Interno 764	Funcional 37168	Nome ORLANDO RAMOS	Apelido
No Sindicato		Unidade	
Sócio NÃO	Filiação 13/02/2004	Matric. 003416	Situação Cadastral FALECIDO
Cancel. 30/07/2009	Motivo do Cancelamento 4	Data Sit. 30/07/2009	Centro de Custo APOS.
		Carência 14/03/2004	Nome APOSENTADOS E PENSIONISTAS
Observação do Cancelamento DE ACORDO COM O CAMPREV ASSOCIADO FALECEU EM		Função APOSENTADO/PENSIONISTA	Admissão
Sub-Sede SEDE-CENTRAL	Dt.Categoria	Salário 1.207,50	Departamento 37168
Delegacia		Situação-Empresa 1.207,50	Turno
		Instituidor da Pensão	
Grupo APOSENTADOS E	Local de Trabalho APO E PENS. (CAMPREV)	Atividade URNA SINDICATO	Diretor Responsável
Cadastro		Setor MEIO	
Inclusão 23/03/2004	Alteração 23/03/2004		
Documentação		Informações Gerais	
CPF 263.457.498-34	RG 11.978.082-3	UF EMISSÃO	ORGÃO
PIS	TÍTULO DE ELEITOR	Estado Civil CASADO(A)	Conjuge
Carteira Profissional 00000000000000		Grau de Instrução 1º GRAU INCOMPLETO	Data Nasc. 06/01/1923
Reg.Profissional	EMISSÃO	Naturalidade	Sexo Masculino
CNH	EMISSÃO	Cidade	Cor
	CATEGORIA	Nacionalidade BRAS.	Filiação FLORIZA PIRES
Endereço Residencial		Conta Bancária	
Endereço R DR. GUILHERME BOLLIGER		Número 144	Complemento
Bairro VILA PARAISO	Cidade CAMPINAS	UF SP	Banco
CEP 13042-040	Etiqueta SIM	Data	Agência
Telefone e EMAIL		Conta Corrente	
DDD Residência 3234-0733	Celular	Observação do Telefone	EMAIL
Campos-Extras			

Identificadores

Observações - Sebastiana (esposa) 15:00h F 32420922
DE ACORDO COM O CAMPREV ASSOCIADO FALECEU EM 30/07/2009
MARCOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE
INTERDIÇÕES E TUTELAS DO 1º SUBDISTRITO DA SEDE
COMARCA DE CAMPINAS - ESTADO DE SÃO PAULO
LUIS ANTONIO MEDEIROS SOUZA
OFICIAL

CERTIDÃO DE ÓBITO

Certifico que no livro C-133, fls. 57, sob o nº 39125, foi feito o registro de óbito de:

ORLANDO RAMOS

falecido a 30 de julho de 2009, às 03:45 horas, na Casa de Saúde Campinas, nesta cidade, cor parda, sexo masculino, profissão func. públ. municipal apos., natural de Valinhos, Estado de São Paulo, nascido a 6 de janeiro de 1923, domiciliado e residente R: Doutor Guilherme Bolliger, nº 144, Vila Paraíso, nesta, com oitenta e seis anos de idade, estado civil casado, portador do RG: 11.978.082-SSP/SP, filho de AQUILINO RAMOS e de FLORIZA FIBES, falecidos.

Foi declarante PAULO CESAR RAMOS.

Registro feito em 5 de agosto de 2009.

Declaração de óbito nº. 11912181 firmada pelo(a) Dr(a) WILSON MARTINS DELGADINHO - CRM 58535, que deu como causa da morte: Disfunção de Múltiplos Órgãos e Sistemas, Choque Séptico, Sepses Urinária.

Local do Sepultamento: Cemitério da Saudade, nesta cidade.

Observações: Deixou bens, não deixou testamento, era eleitor por Campinas-SP. Deixou viúva SEBASTIANA DE GODOI RAMOS, com quem se casou em Campinas-SP 3º subdistrito aos 15-02-1947, L. 914, fls. 45, nº 1451. Deixou os filhos, MARIA DE LOURDES, SERGIO LUIS, PAULO CESAR, FRANCISCO CARLOS, MAURICIO, MARCELO, e TANIA CRISTINA, maiores de idade. Registro lavrado de acordo com a declaração de óbito da Setec nº 103241, assinada pelo declarante e aqui arquivada..

Eu, MARIO CRISTIANO DALARME, ESCRIVENTE, digitei e conferi. Isento de selos e emolumentos.

O referido é verdade e dou fé.

CAMPINAS - SP, 6 de agosto de 2009

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
1º SUBDISTRITO - CAMPINAS/SP
AV. CEL. SILVA TELLES, 123 - F. (19) 3294-9492
AUTENTICAÇÃO

CAMPINAS, 06 AGO. 2009

CUSTAS
R\$ 2,00

REGISTRO CIVIL - 1º SUBDISTRITO DE CAMPINAS
MÁRIO CRISTIANO DALARME
Escrivente

A presente cópia reprográfica confere com a original e o original do Brasil - SP. VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL SEM EMENDAS E/OU RASURAS

REGISTRO CIVIL - 1º SUBDISTRITO DE CAMPINAS
ISILDA APARÍCIO
Escrivente

Av. Cel. Silva Telles, 123 - Cambuí - Campinas/SP - CEP: 13024-000 - Fone/Fax: (19) 3294.9492 - E-mail: campinas1@arpensp.org.br



0952G - AA 092058

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

DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, que sou (somos) o(s) único(s) herdeiro(s) legal(ais) e beneficiário(s) de ORLANDO RAMOS, que faleceu em 30/07/2009, o falecido era (casado, solteiro, divorciado, vivia em união estável) CASADO.

Declaro estar ciente de que caso esta Declaração não seja a expressão da verdade, ressarciremos a Seguradora dos prejuízos decorrentes, além de estarmos sujeitos à ação criminal por infração do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

(Local e Data)

Beneficiários

Nome: SEBASTIANA DE GODOY RAMOS

RG: 9.184.311

CPF: 384.194.068-48

Endereço: RUA DR. GUILHERME BOLLIGER Nº 144 - VILA PARAÍSO CAMPINAS/SP CEP: 13043-320

Assinatura: Sebastiana Godoy Ramos

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO
3.º SUBDISTRITO DA SEDE

COMARCA DE CAMPINAS - ESTADO DE SÃO PAULO

ÁLVARO ERNESTO DE MORAES SILVEIRA

OFICIAL TITULAR



CERTIDÃO DE CASAMENTO

Certifico que às fls. 45, sob o nº 1451, do Livro nº B-14 de registros de casamentos, foi lavrado o assento do matrimônio de **ORLANDO RAMOS** e **SEBASTIANA NETTA DE GODOI**, contraído no dia quinze de fevereiro de mil novecentos e quarenta e sete (15-02-1947), perante o Sr. Juiz de Casamentos em exercício o Sr. Elias Haddad, e as testemunhas constantes do termo.

O contraente é nascido em Valinhos (Mun. de Campinas), Estado de São Paulo, a 6 de janeiro de 1923, de estado civil solteiro, de profissão lavrador, filho de **AQUILINO RAMOS** e **FLORIZA PIRES**.

A contraente é nascida em Campinas, Estado de São Paulo, a 23 de agosto de 1929, de estado civil solteira, de profissão doméstica, filha de **SEBASTIÃO ANTONIO DE GODOI** e **FRANCISCA NETTA DE GODOI**, e passará a usar o nome de **SEBASTIANA DE GODOI RAMOS**.

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180, números I, II, III e IV do Código Civil Brasileiro, e adotado o regime Comum de Bens.

Registro lavrado em 15 de fevereiro de 1947.

OBSERVAÇÕES: A margem do assento consta elementos de ANOTAÇÃO: O contraente Orlando Ramos, faleceu em Campinas/SP - 19 Subdistrito no dia 30.07.2009, cujo óbito foi registrado no livro C-133, fls. 57, termo nº 39125, conforme comunicação recebida via intranet nesta data; dou fé. Campinas, 07 de agosto de 2009. Eu, Maria Helena Pires Gomes, escrevente o escrevi.

O referido é verdade e dou fé.

Campinas, 7 de agosto de 2009.

Flávia de Oliveira Faria
Flávia de Oliveira Faria - Escrevente

Registro Civil das Pessoas Naturais - Campinas/SP - 3º subdistrito - Avenida das Amoreiras, 1859 - Bairro São Bernardo. Reconheço a firma de Flávia de Oliveira Faria - Escrevente, da qual dou fé. Campinas, 7 de agosto de 2009.

Em testemunho da verdade:
[] Álvaro Ernesto de Moraes Silveira [] Cláudio Rossignatti Júnior
[] Álvaro Francisco Stocco Silveira [x] Luciano Alberto Magalhães
[] Marília Stocco Silveira [] Juliana Leme Vantini Jorge
[] Flávia de Oliveira Faria [] Gislaíne Lombardi Matriciano Oliveira

Valor recebido (por firma): R\$ 2,90

Digitado por: Maria Helena
Destá: R\$ 28,45

