



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: PASCHOAL ROSSINI**

**SEGURO AUTOMÁTICO**

**SEGURO FACUTATIVO**

**FALECIMENTO DA ESPOSA (O)**

**FALECIMENTO DO SEGURADO**

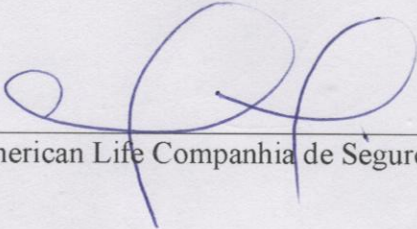
**REEMBOLSO FUNERAL**

**D.I.T.**

**CESTA BASICA**

**OUTROS DOCUMENTOS SOLICITADOS:.**

ENTREQUES EM. 07 -10-2010

  
American Life Companhia de Seguros

**OBS.:**

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.  
*Julius Augusto 13/10/10*



**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 <b>Prefeitura Municipal de Rio Claro</b>				APÓLICE Nº		
SEGURADO <b>Parchoal Rovini</b>		DATA DE NASCIMENTO <b>08/04/1924</b>	PROFISSÃO <b>apostentado</b>	ESTADO CIVIL		
SINISTRO DE		CAUSA	DATA ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO	ÚLTIMO SALÁRIO	
<input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL		<input 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 type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Desde quando? _____ - Motivo : _____						
BENEFICIÁRIOS						
NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO			IDADE	
<b>Rio Claro, 09 setembro 2010</b>				LOCAL E DATA		
CARIMBO E ASSINATURA DO EMPREGADOR <i>Daniela Pahor</i> <b>Daniela Pahor</b> <i>Carimbo do Distrito de RV</i>						
INFORMAÇÕES DO SEGURADO						
SEGURADO <b>Parchoal Rovini</b>	DATA DE NASCIMENTO <b>08/04/1924</b>	PROFISSÃO <b>apostentado</b>	TELEFONE <b>3523-5091</b>			
ENDEREÇO <b>AV. m-5 n=64</b>	CIDADE <b>Rio Claro</b>		UF <b>SP</b>			
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE				
<b>DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS</b>						
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 <b>24/08/10</b>	LOCALIDADE <b>Rio Claro</b>	ESTABELECIMENTO <b>PSM Rio Claro</b>				
ENDEREÇO <b>AV 15 SIN</b>	CIDADE <b>Rio Claro</b>	UF <b>SP</b>	TELEFONE <b>(19) 35335484</b>			
NOME DO MÉDICO <b>Ruando Bodua</b>	CRM Nº <b>102483</b>	ENDEREÇO <b>AV 15 SIN</b>				
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.						
<b>Rio Claro, 09 setembro 2010</b>				LOCAL E DATA		
<i>Rovini</i>				ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL		

3522-5540  
3527-0257 (NUSA)  
9627-0506

**A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE**

NOME DO SEGURADO: Ricardo Rosini

**EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL**

LOCAL DO FALECIMENTO: São Carlos DATA: 31/08/2006 HORAS: Santa Rosa FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?: São Carlos DATA DA 1ª CONSULTA: 24/08/10 DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: 31/08/10

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?: Fratura transtrocantéria quadril E

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

A) PRIMÁRIA: Queda própria altura com fratura quadril E

B) SECUNDÁRIA: Tromboembolismo pulmonar

HOUVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO: Sim, no Hospital Santa Rosa São Carlos, fratura quadril E 24/08 a 31/08

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

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, NECROSCÓPIO, 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. Queda própria altura

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: Sim, Dra Juliana Pires

**EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA**

DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO:                     

DATA 1ª CONSULTA	DATA INÍCIO DA DOENÇA	DATA ÚLTIMA CONSULTA	DATA INVALIDEZ TOTAL	DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO	O PACIENTE ESTÁ TOTALMENTE INVÁLIDO?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA?
					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO?  SIM  NÃO A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É:  LABORAL  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, NECROSCÓPIO, 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 DEFINITIVA? 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 SEQUÉLAS 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**

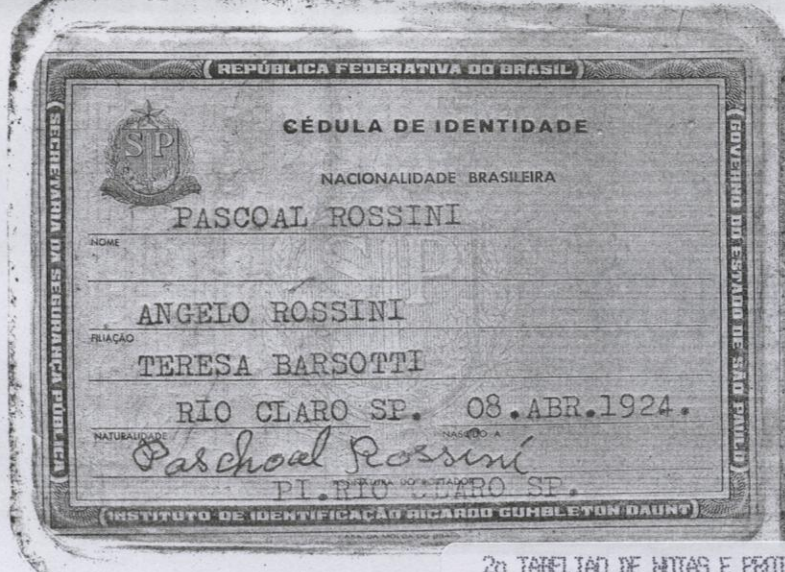
NOME DO MÉDICO: Ricardo Badra CRM Nº: 102483

ENDEREÇO: Rua 2 SIN

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

São Carlos 29/09/10 + Ricardo Badra  
 LOCAL E DATA ASSINATURA E CARIMBO

**Dr. Ricardo Badra**  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM 102783



2º TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO  
**AUTENTICACAO**  
 Autentico a presente copia reprografica com o original a mim apresentado, do que dou fe  
 Rio Claro 10 de Setembro de 2010

Autenticacao R\$ 2,10

Valido somente com selo de autenticidade.

**2º TABELIAO**

Colégio Notarial do Brasil - SP

Autenticacao

Est. do de São Paulo

0869AB263146

Bel. NIVALDO OLIVEIRA

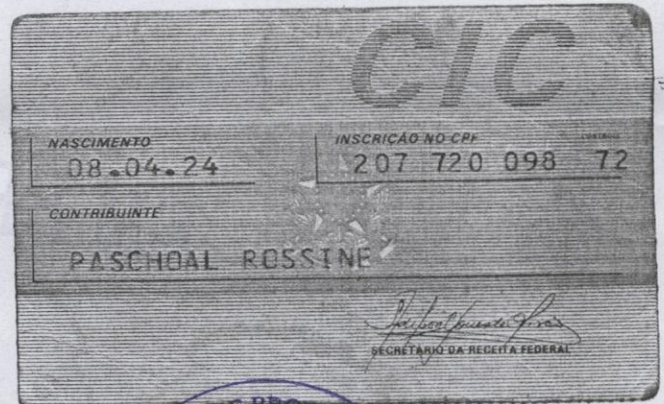
CPF/MF 134.758.788-87

Prontuario 8.047

RIO CLARO - SP

Rua 6 nº 621/623 - Centro

Danielle Fernanda Andreozzi  
 Escrevente Autorizada  
 RG: 27.456.518-3  
 CPF 214.057.408-78



2º TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO  
**AUTENTICACAO**  
 Autentico a presente copia reprografica com o original a mim apresentado, do que dou fe  
 Rio Claro 10 de Setembro de 2010

Autenticacao R\$ 2,10

Valido somente com selo de autenticidade.

**2º TABELIAO**

Colégio Notarial do Brasil - SP

Autenticacao

Est. do de São Paulo

0869AB263147

Bel. NIVALDO OLIVEIRA

CPF/MF 134.758.788-87

Prontuario 8.047

RIO CLARO - SP

Rua 6 nº 621/623 - Centro

Danielle Fernanda Andreozzi  
 Escrevente Autorizada  
 RG: 27.456.518-3  
 CPF 214.057.408-78

Mudou-se  
 Ausente  
 Falecido  
 Não procurado  
 Desconhecido  
 Endereço insuficiente  
 Não existe o número indicado

ASSINATURA E Nº DO ENTREGADOR

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

DATA

Para Uso do Correio

Período Fiscal: 09/2010

Reservado ao FISCO: 8B59.0E60.3BA9.3ACD.F05E.007A.C808.2777

Central de Atendimento ao Cliente

0800 701 0102

0800 012 4050

0800 055 5591

ARSESP

167 - ligação gratuita de telefones fixos  
 Tarifa na origem para telefones celulares.

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

utilização de aparelho telefônico especialmente adaptado para esta finalidade.

**ATENÇÃO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA OU DE FALA (0800 701 0155):** Para ser atendido é necessária a concessão de intérprete.

**ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS:** A Elektro não possui recebedores domiciliares. As condições gerais de fornecimento de energia elétrica, tarifas, produtos, serviços prestados e impostos encontram-se à disposição dos clientes, para consulta, nas agências de energia elétrica.

**PAGAMENTO:** Esta conta deve ser paga em bancos ou estabelecimentos credenciados pela ELEKTRO, mesmo após o vencimento. O débito, devidamente autenticado mecanicamente nesta conta, quita somente os valores citados, não abrangendo qualquer outro recebimento.

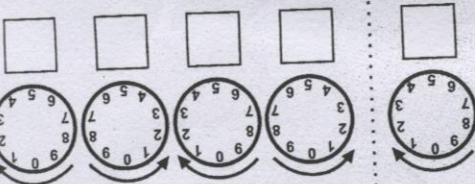
**CUSTO DE DISPONIBILIDADE DO SISTEMA:** Consumos mensais inferiores aos limites mencionados, serão cobrados os valores equivalentes em moeda corrente (Res. ANEEL nº 456, art. 48) - Para Monofásico 30 kWh/mês, Bifásico 50 kWh/mês e Trifásico 100 kWh/mês.

**Informações ao Consumidor**

O Consumidor tem direito de solicitar apurções dos indicadores DIC, FIC e DMC, a qualquer tempo, e ser compensado em caso de violação do padrão permitido.

DMC - Duração máxima de Interrupção Contínua (horas)  
 FIC - Frequência de Interrupção Individual (horas)  
 DIC - Duração de Interrupção Individual (horas)

Mensal	Anual	
	Meta	REAL
4,71	9,43	18,86
3,17	6,35	12,70
2,60		3,02



Conjunto: RIO CLARO  
 Referência a:

**Indicadores de Continuidade do Fornecimento de Energia**

# ELEKTRO

Registro Civil de P. Naturais de Rio Claro



211.056 - 05601204 - SEQ. AMARRADO 013

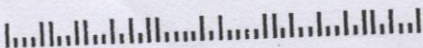
28 SET. 2010

VALIDO SEMPRE COM SELO DA CIDADANIA



**Fontes Mistas**  
 Cert no. SGS-COC-005637  
 © 1996 Forest Stewardship Council  
 Impresso em papel certificado FSC

Central de Atendimento ao Cliente  
[www.elektro.com.br](http://www.elektro.com.br)  
 0800 701 0102  
 (11) 2104.9500  
 Todos os dias 24h



CDD CIDADE AZUL/CAS

## NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Seu Código 15508595  
 Vencimento \*\*\*\*\*

Destinatário  
 PASCHOAL ROSSINI  
 AV M 5, 64-C 2  
 RIO CLARO - SP  
 13505-142

Informações ao Entregador  
 Local 0031  
 Etapa 16  
 Livro Sequência 012730-304  
 Medidor M11160214  
 Referência AGO/2010

PREFEITURA MUN DE RIO CLARO  
RUA 3

Funcao : INATIVO I  
Funcao Origem :

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALARIO

Admissao : 27/08/1965  
Competencia : AGOSTO/2010

Codigo Nome  
000782 PASCHOAL ROSSINI

Local Orgao Folha  
622 20.01.01 1

Cod.	Descricao	Refer.	Vencimentos	Descontos
100	COMPLEMENTACAO		332,40	
434	SEGURO DE VIDA GRUPO VERTCO			48,48

Mensagem

Tot.de Vencto	Tot.de Descto
332,40	48,48

Banco BANCO SANTANDER S/A  
Agen. RIO CLARO C/C 000010301915

Vlr.Liquido -> 283,92

Salário Base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
660,39	0,00	0,00	0,00	0,00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:  
"PASCOAL ROSSINI"

MATRÍCULA:  
115543 01 55 2010 4 00130 276 0065165-81

SEXO  
MASCULINO

COR  
BRANCA

ESTADO CIVIL E IDADE  
CASADO - 86 ANOS DE IDADE

NATURALIDADE  
RIO CLARO-SP

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
RG 187445126

ELEITOR  
SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Angelo Rossini e Teresa Barsotti  
RESIDENTE NA AVENIDA M-5 Nº 64, VILA MARTINS, RIO CLARO, SP

DATA E HORA DO FALECIMENTO

TRINTA E UM DE AGOSTO DE DOIS MIL E DEZ - AS 14:20 H

DIA MES ANO  
31 08 2010

LOCAL DE FALECIMENTO

NA IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RIO CLARO, SP

CAUSA MORTE

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, FRATURA QUADRIL E JO. OPERADO, OSTEOPOROSE, SENILIDADE (MORTE NATURAL)

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)  
MUNICIPAL DE RIO CLARO, SP

DECLARANTE  
SILVIO ROBERTO ROSSINI

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO  
Dra. RICARDO BADRA - CRM 102.783

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

O finado era casado com Aparecida Bertanha Rossini em Rio Claro, SP aos 18/02/1950, era eleitor, deixou bens a inventariar e não deixou testamento, deixando os seguintes filhos: Neusa, com 59 anos, Sidinei, com 55 anos e Silvío, com 49 anos. Nada mais consta.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé,  
RIO CLARO, 06 de setembro de 2010

MAURÍCIO PEREIRA LIMA  
OFICIAL SUBSTITUTO

PRIMEIRA VIA  
ISENTO DE EMOLUMENTOS

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas da Sede  
Paulo Fernando Pires da Silveira - OFICIAL  
Município e Comarca de Rio Claro - Estado de São Paulo  
Rua 5, nº 540 - Centro - Rio Claro/SP - CEP: 13500-040  
Fone: (19) 3524-5070 - Fax: (19) 3524-5020 - e-mail: crcriclaro@

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2º TABELÃO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO  
AUTENTICACÃO

Autentico a presente copia reprografica conforme  
original a mim apresentado, do que dou fé,  
Rio Claro 10 de Setembro de 2010

Autenticação nº 2.10  
Valido somente com selo de autenticidade.

Danielle Fernanda Andreoni  
Escrivente Autorizada  
RG: 27.456.518-3  
CPF 214.057.406-78

2º TABELÃO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO  
TABELÃO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO  
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
Estado de São Paulo  
0869AB288148

298G-AA 090305

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:  
"PASCOAL ROSSINI"  
"APARECIDA BERTANHA"

MATRÍCULA:  
115543 01 55 1950 2 00054 129 0005685-07

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

ELE: PASCOAL ROSSINI, nascido no dia oito de abril de mil novecentos e vinte e quatro (08/04/1924), em Rio Claro, SP nacionalidade brasileira, filho de Angelo Rossini e de Teresa Barsotti.

ELA: APARECIDA BERTANHA, nascida no dia vinte e nove de março de mil novecentos e vinte e quatro (29/03/1924), em Rio Claro, SP nacionalidade brasileira, filha de Herminio Bertanha e de Luiza Bertanha.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)  
DEZOITO DE FEVEREIRO DE MIL NOVECENTOS E CINQUENTA

DIA MES ANO  
18 02 1950

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 APARECIDA BERTANHA ROSSINI.

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Anotação: Pascoal Rossini, faleceu em Rio Claro, SP, aos 31/08/2010. Rio Claro, 06/09/2010. as. Mauricio Pereira Lima. NADA MAIS.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
RIO CLARO, 10 de setembro de 2010

PAULO FERNANDO PIRES DA SILVEIRA  
OFICIAL

Registro Civil de P. Naturais  
de Rio Claro

Autenticação a presente cópia reprográfica conforme original e mim apresentado do que dou fé.

Rio Claro (SP) 28 SET 2010



Reconheço a firma supra de  
PAULO  
FERNANDO PIRES DA SILVEIRA  
e dou fé.  
Rio Claro, 10 de setembro de 2010.  
Em testemunho, \_\_\_\_\_ da verdade.

O Oficial -

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE SEGURANÇA

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas da Sede

Paulo Fernando Pires da Silveira - OFICIAL

Ao Oficial: R#24/54

Município e Comarca de Rio Claro - Estado de São Paulo : R#29/45 GUIA nº 200/10

Rua 5, nº 540 - Centro - Rio Claro/SP - CEP: 13500-040

Fone: (19) 3524-5070 - Fax: (19) 3524-5020 - e-mail: crcrioclaro@terra.com.br

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEM EMENDAS E/OU ERASURAS

091014

1298G-AA

1298G-090001-100000-0710



COPIA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 20.086.160-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/MAR/95

NOME APARECIDA BERTANHA ROSSINI

FILIAÇÃO HERMINIO BERTANHA E LUIZA BERTANHA

NACIONALIDADE RIO CLARO - SP DATA DE NASCIMENTO 29/MAR/1924 MAIOR DE 65 ANOS

DOC. ORIGEM RIO CLARO SP RIO CLARO CPF 0869AB263145

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA 779-9

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RICARDO GUMBLETON DAUNT

MAIOR DE 65 ANOS

Assinatura do Titular: Aparecida B. Rossini

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO  
AUTENTICACAO

Autentico a presente copia reprografica conforme original a mim apresentado, do que dou fe.  
Rio Claro 10 de Setembro de 2010

Autenticacao R\$ 2,10

Valido somente com selo de autenticidade.

2º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO

Colégio Notarial do Brasil - ARPEN SP

Autenticacao

Bel.NIV 0869AB263145

CPF/M 0869AB263145

Promoção de Notas e Protestos

RIO CLARO - SP

Rua 6 nº 621/623 - Centro

Danielle Fernanda Andreozzi  
Escrivente Autorizada  
RG: 27.456.518-3  
CPF 214.057.408-76

102913203

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

Emissão Dezembro 2003

**CORREIOS**  
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
**351.197.008-37**

Nome  
**APARECIDA BERTANHA ROSSINI**

Nascimento  
29/03/1924

2º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO  
AUTENTICACAO

Autentico a presente copia reprografica conforme original a mim apresentado, do que dou fe.  
Rio Claro 10 de Setembro de 2010

Autenticacao R\$ 2,10

Valido somente com selo de autenticidade.

2º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE RIO CLARO

Colégio Notarial do Brasil - ARPEN SP

Autenticacao

Bel.NIV 0869AB263149

CPF/M 0869AB263149

Promoção de Notas e Protestos

RIO CLARO - SP

Rua 6 nº 621/623 - Centro

Danielle Fernanda Andreozzi  
Escrivente Autorizada  
RG: 27.456.518-3  
CPF 214.057.408-76

Rio Claro, 04 de Outubro 2010.

Eu, Nussa Aparecida Romini, RG: 6.429.862, declaro  
que Aparecida Bertinha Romini, reside no endereço:  
AV. M-55, n.º 64 e não possui comprovante de residência  
em meu nome.

x *Aparecida*