



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: SALVADOR GARCIA

SEGURO AUTOMÁTICO

SEGURO FACUTATIVO

FALECIMENTO DA ESPOSA (O)

FALECIMENTO DO SEGURADO

REEMBOLSO FUNERAL

D.I.T.

CESTA BASICA

OUTROS DOCUMENTOS:

ENTREQUES EM. 11 -06-2012

American Life Companhia de Seguros

OBS.:

VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.
[Handwritten signature]
10/06/2012

meu



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		DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	
Salvador Garcia		27/09/1939	aposentado	casado	
SINISTRO DE		CAUSA	DATA ADMISSÃO	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 : _____			
De ___/___/___ a ___/___/___		- Motivo : _____			
De ___/___/___ a ___/___/___		- Motivo : _____			
De ___/___/___ a ___/___/___		- Motivo : _____			
Estava aposentado? [] SIM [] NÃO		Desde quando?		- Motivo :	

BENEFICIÁRIOS

NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE

Rio Claro, 18 maio 2012
LOCAL E DATA

Daniela Pabor
Daniela Pabor
CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR
Chefe de Divisão de RH

35 36-4691

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO	DATA DE NASCIMENTO	PROFISSÃO	TELEFONE
Salvador Garcia	27/09/1939	aposentado	3527-4144
ENDEREÇO	CIDADE	UF	
Rua m-12 n° 728 - Jd. Industrial	Rio Claro	SP	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE	

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? QUAL?
[] SIM [] 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.

Rio Claro 18 maio 2012
LOCAL E DATA

X Copalada do P.E. Garcia
ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO: Salvador Garcia

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO: Novo Clons DATA: 11/05/12 HORAS: 17:46 FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?: NA Cozinha DATA DA 1ª CONSULTA: DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: 11/05/12

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?

INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:
 A) PRIMÁRIA: Insuficiência Respiratória Aguda
 B) SECUNDÁRIA: Pneumonia bacteriana

HOUVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO. Sim - PA Cozinha - BCP.

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? SIM NÃO DESDE QUANDO? 1 semana QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? Operário 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. Não
 HOUVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS. Não

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. Não

O FALECIDO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS. Não

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: s. at. e s. cerca netas.

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 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 SEQÜELAS 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: Denis Eduardo Desato Vieira CRM Nº: 129199

ENDEREÇO: Rua M-9-50 Cozinha - RC.

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS LOCAL E DATA: RC, 21/05/12 ASSINATURA E CARIMBO: DR. DENIS VIEIRA MÉDICO CRM 129199/SP

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

SALVADOR GARCIA
APARECIDA DO CARMO ESPINOZA

MATRÍCULA:

122952 01 55 1954 2 00020 202 0002453 13

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

SALVADOR GARCIA

Nascimento: 27/09/1931 Naturalidade: São Carlos-SP Nacionalidade: brasileiro

Mãe: Rosa Perez Herreira

Pai: José Garcia Fernandes

APARECIDA DO CARMO ESPINOZA

Nascimento: 21/04/1936 Naturalidade: Rio Claro-SP Nacionalidade: brasileira

Mãe: Rosaria Naideg Espinoza

Pai: Antonio Lorenzo Espinoza

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

Cinco de junho de um mil novecentos e cinquenta e quatro

DIA

05

MÊS

06

ANO

1954

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão de Bens

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

APARECIDA DO CARMO ESPINOZA GARCIA

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Casamento lavrado no livro B-20, folhas 202, sob o nº 2453. Consta à margem do termo a seguinte anotação que vai transcrita. An. 01 - Salvador Garcia faleceu em Rio Claro - SP aos 11-05-2012 conforme assento nº 67694, fls. 045V do Lº C - 135. Brotas, 15-05-2012. (a) LANE MARTINS DE OLIVEIRA. Substituta da Oficiala. Nada mais!!!

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS
NATURAIS E DE INTERDIÇÕES E TUTELAS
DA SEDE DA COMARCA DE BROTAS /SP

MARÍLIA FERREIRA DE MIRANDA
Oficiala

Avenida Mário Pinotti nº 1120 - Centro
CEP 17380-000 - Fone (14) 3653-8224
CNPJ / MF 49.634.389/0001-16



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Brotas, 23 de maio de 2012.

Lane Martins de Oliveira
Escrevente Substituta

Custas: Oficial: R\$ 27,57; Ipesp: R\$ 05,53; Total: R\$ 33,10

Guia nº 113

Conferente: 9

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

Marília Ferreira de Miranda
OFICIALA

Município e Comarca de Brotas
Estado de São Paulo

Av. Mário Pinotti, 1120 - Centro - Brotas/SP
CEP 17.380-000 - Fone/Fax: (14) 3653-8224
brotas@arpensp.org.br

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

013358

0376G-AA

0376G-13001-14000-0113



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
"SALVADOR GARCIA"

MATRÍCULA:
115543 01 55 2012 4 00135 045 0067694-28

SEXO
MASCULINO

COR
BRANCA

ESTADO CIVIL E IDADE
CASADO - 80 ANOS DE IDADE

NACIONALIDADE
SR CARLOS-SP

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
RG 236403515

ELEITOR
NÃO

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Jose Garcia Fernandes e Rosa Perez Ferreira
RESIDENTE NA RUA N-12 Nº 728, JARDIM INDEPENDENCIA, RIO CLARO, SP

DATA E HORA DO FALECIMENTO

ONZE DE MAIO DE DOIS MIL E DOZE - AS 17:46 H

DIA MES ANO
11 05 2012

LOCAL DE FALECIMENTO

NO PRONTO SOCORRO DO CHERVESON, JARDIM CHERVESON, RIO CLARO, SP

CAUSA MORTE

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA, PNEUMONIA BACTERIANA, SEPTICEMIA, INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA (MORTE NATURAL)

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)
SR JOSE BATISTA DE RIO CLARO, SP

DECLARANTE
PAULO CESAR GARCIA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
Dr. DENIS VIEIRA - CRM 129.199

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

O finado era casado com Aparecida do Carmo Espinoza Garcia em Brotas, SP aos 05/06/1954, não era eleitor, deixou bens a inventariar e não deixou testamento, deixando os seguintes filhos: Maria, com 56 anos, Jose Carlos, com 53 anos, Antonio Braz, com 50 anos, Sebastião, com 45 anos, Edson, com 41 anos, Sonia, com 39 anos, Sueli, com 39 anos, Neide Aparecida, com 52 anos, Helena, com 46 anos, Paulo Cesar, com 37 anos, Similde Aparecida, com 36 anos, Neuzã, com 55 anos, Aparecida Luzia, com 48 anos e Maria Jose, já falecida. Nada mais consta.



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé,
RIO CLARO, 15 de maio de 2012

MAURICIO 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@terra.com.br

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

120776

1298G-AA

1298G-115001-121000-1211

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 779-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

855 - Rio Claro - SP

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Dr. Valdir José Inforzato

TABELIÃO

OS DE RICARDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 23.640.351-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/JAN/89

NOME SALVADOR GARCIA

FILIAÇÃO JOSE GARCIA FERNANDES E ROSA PEREZ FERREIRA

NATURALIDADE S. CARLOS - SP DATA DE NASCIMENTO 27/SET/1931

DOC ORIGEM BRUTAS

CPF 600.161.408/34

Assinado Divisório de Polícia IIRMD, SSP, S

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Colégio Notarial do Brasil

ESTADO DE SÃO PAULO

AUTENTICAÇÃO

0868AB117732

21 MAIO 2012

2,35 p/ ato

JAQUELINE S. SOARES

DAIANE M. REINA

FRANCINE JANAINA DE MORAES

RENATA LAUTENSCHLAGER

Válida somente com selo de autenticação

1ª TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS

Dr. Valdir José Inforzato

TABELIÃO

Rua 05, nº 855 - Rio Claro - SP

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

Emissão Setembro 2004

CORREIOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 600.161.408-34

Nome SALVADOR GARCIA

Nascimento 27/09/1931

Colégio Notarial do Brasil

ESTADO DE SÃO PAULO

AUTENTICAÇÃO

0868AB117732

21 MAIO 2012

2,35 p/ ato

JAQUELINE S. SOARES

DAIANE M. REINA

FRANCINE JANAINA DE MORAES

RENATA LAUTENSCHLAGER

Válida somente com selo de autenticação

Rio Claro, 06 de junho 2012.

Eu, Sonia Garcia Maia, RG: 21.991.129-0,

declaro que Salvador Garcia reside na rua M-12
nº 728 - Pq das Industrias e não possui comprovan-
te de residência em seu nome.

Sonia Garcia Maia

REGISTRO GERAL 24.456.423-1 DATA DE 11/JUN/2005 EXPEDICAO
NOME APARECIDA DO CARMO ESPINOZA
FILIAÇÃO ANTONIO LORENZO ESPINOZA
E ROSARIA MAIRIO ESPINOZA
RUA UNDE CLARO - SP 21/ABR/1936
DOC. ORIGEM BK01AS-SP 7 MAIOR DE 55 ANOS
CPF 139437838

Galpão Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
0868AB117735
MAIO 2012
2,35 pl/ ato
JAQUELINE S. SOARES
DAIANE M. REINA
FRANCINE JANAINA DE MORAES
RENATA LAUTENSCHLAGER
Válida somente com selo de autenticação

ABR/2001
BANCO DO BRASIL
Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE RIO PAULO
SECRETARIA DA SAUDE PUBLICA
INSTITUTO DE LICENCIACAO CARDO GUMBLETON DAUNT
RUE 05, N° 855 - RIO CLARO - SP
NÃO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
APARECIDA DO CARMO ESPINOZA
21/04/1936
CPF 139437838
Assinatura do titular

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF 139.437.838-93
APARECIDA DO CARMO ESPINOZA GARCIA
21/04/1936

Galpão Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
0868AB117734
21 MAIO 2012
2,35 pl/ ato
JAQUELINE S. SOARES
DAIANE M. REINA
FRANCINE JANAINA DE MORAES
RENATA LAUTENSCHLAGER
Válida somente com selo de autenticação

TABELIAO
Dr. Valdir José
TABELIAO
Rue 05, n° 855 - Rio Claro - SP
DE LETRAS E TITULOS DE RIO CLARO

18351 - 8

Local 11535 Uso RESIDENCIA!
Telefone 3527-4144 0 D^o NRC 04805318111
 Total da Fatura 69,53 Vencimento 06/05/2012 Mês 04/2012



CDD CIDADE AZUL SPI 1
 APARECIDA DO CARMO ESPINOZA GARCIA
 R. M 12 728 - PRQ DAS INDUSTRIAS
 13505-270 RIO CLARO - SP



7208091889052830000000568520270412

Vencimento 06/05/2012

Central de Relacionamento: 10315

SERVIÇOS	VALOR (R\$)
Assinatura Mensal	41,38
Ligações para Celular	28,15
TOTAL A PAGAR	69,53

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC): 103 15. Portadores de necessidades especiais de fala/audição, acesso pelo 142. Para saber a loja Vivo mais perto de você, ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br

Importante: Pagando sua conta em dia, você evita multa de 2% e juros de 1% ao Mês.

Para realizar ligações de longa distância, consulte os Códigos das Prestadoras: 12-CTBC 15-VIVO 17-TRANSIT 18-SPIN TELECOM 19-ÉPSILON 21-EMBRATEL 23-INTEG 24-DIALDATA 25-GVT 26-IDT 29-T-LESTE 31-T-LEMAH 32-CONVERGIA 34-ETML 35-EASYTONE 36-DSL VOX 38-... 41-TIM 42-GT GROUP 45-GLOBAL CROSSING 46-HOJE TELECOM 47-BT COMMUNICATIONS 49-CANBRIDGE 57-ITACEU 58-VOITEL 61-NEKUS 62-OTS OPTION 63-HELLO BRAZIL 65-TELECOM 65-ET-E-1 72-LOCATEL 73-PLUMIUM 75-VIPWAY 78-SMART V-IP 81-DATORA TELECOM 85-AMERICA NET 89-KONECTA 93-IP CORP TELECOM 96-AMIGO TELECOM 98-ALPHA NOBILIS ANATEL 1331 e 1332 para Deficientes auditivos. Recurso de atendimento VIVO ligue com o protocolo em mãos, para 10315 e 142 para deficientes auditivos.



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

A Telefônica Brasil S.A., em cumprimento à Lei Federal nº 12.007/09, declara que as faturas deste telefone, vencidas no ano de 2011, foram quitadas. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações das faturas vencidas em 2011. Este documento não quita parcelamentos, valores co-faturados de outras operadoras, cobranças judiciais, serviços prestados e não faturados e outras exceções previstas na Lei.

vivo 15

00000009 005085215 000512

69,53 TEL 111

Coletor Nacional do Brasil

AUTENTICAÇÃO DE FOLHAS IMPRINTADO DE FOLHAS IMPRINTADO - TABELAÇÃO

0868AB147731

21 MAIO 2012

JACQUELINE S. SOARES
 DAIANE M. REINA
 FRANCINE JANAINA DE MORAES
 RENATA LAUTENSCHLAGER

Valido somente com selo de autenticação





Prefeitura Municipal de Rio Claro - SP
Diretoria de Pessoal e Recursos Humanos

Rio Claro, 11 de Junho de 2012.

Do: Departamento Gestão de Pessoas

Declara esse Departamento que o senhor SALVADOR GARCIA não tem cópia de holerite desta Prefeitura, pois saiu aposentado e não tinha complementação a receber.

Daniela Pohor
Daniela Pohor
Chefe de Divisão de RH

1E
PAGADOR GARCIA (NIT: 1073010710-5) OL 21.029.050 NB 130.005.271-3

MUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO APOSENTADORIA POR IDADE(41)
30.005.271-3 REQUERIDO EM 07/07/2004 COM RENDA MENSAL DE R\$ 623,23 CALCULADA CONFORME ABAIXO.

EM INÍCIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE 07/07/2004
A PARTIR DE 06/08/2004 COMPAREÇA DIRETAMENTE À AGÊNCIA BANCÁRIA INDICADA NESTE DOCUMENTO. MUNIDO DE SUA IDENTIFICAÇÃO, PARA
RECEBER SEU BENEFÍCIO. OS PAGAMENTOS POSTERIORES SERÃO EFETUADOS NO 5º DIA ÚTIL DE CADA MÊS.
CONFIRME O SEU NOME, O ENDEREÇO IMPRESSO ABAIXO, E OS DADOS CADASTRAIS ABAIXO. EM CASO DE ERRO COMPAREÇA A UMA AGÊNCIA DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL PARA QUE SEJAM PROVIDENCIADAS AS DEVIDAS CORREÇÕES.

600161408-34 IDENTIDADE:23640351 SSP SP CTPS:0023089-00498 NASCIMENTO:27/09/1931

ME DA MÃE: ROSA PERES FERREIRA

AGÊNCIA PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA: 453250 - SANTANDER - RIO CLARO

ENDEREÇO: / DOIS, 130

CENTRO

Carlos Gomes Bezerra
CARLOS GOMES BEZERRA
PRESIDENTE DO INSS

SEGURADO

CALCULO DE BENEFICIOS SEGUNDO A LEI 9876, DE 29/11/1999
(ATIVIDADE PRINCIPAL)

DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR	DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR	DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR
/2004	615,71	1,0131	623,81*	03/2004	829,71	1,0189	845,41*	02/2004	543,77	1,0229	556,22*
/2004	525,11	1,0310	541,43*	12/2003	543,77	1,0372	564,03*	11/2003	516,45	1,0422	538,27
/2003	516,45	1,0468	540,64*	09/2003	516,45	1,0578	546,31*	08/2003	560,43	1,0643	596,51*
/2003	560,43	1,0622	595,32*	06/2003	647,47	1,0548	682,96*	05/2003	491,71	1,0477	515,19
/2003	663,97	1,0520	698,53*	03/2003	809,65	1,0695	865,93*	02/2003	569,20	1,0865	618,44*
/2003	561,41	1,1101	623,22*	12/2002	564,01	1,1400	643,01*	11/2002	579,63	1,2066	699,41*
/2002	556,66	1,2574	699,97*	09/2002	586,43	1,2906	756,87*	08/2002	572,82	1,3211	756,75*
/2002	598,68	1,3481	807,13*	06/2002	581,66	1,3716	797,83*	05/2002	584,21	1,3868	810,22*
/2002	596,54	1,3965	833,11*	03/2002	579,52	1,3981	810,23*	02/2002	538,54	1,4006	754,30*
/2002	476,98	1,4033	669,34*	09/2001	497,74	1,4058	699,73*	11/2001	694,73	1,4165	984,09*
/2001	550,60	1,4370	791,23*	12/2001	520,72	1,4425	751,14*	08/2001	487,64	1,4554	709,75*
/2001	512,66	1,4790	758,26*	06/2001	495,48	1,5006	743,55*	04/2001	496,98	1,5243	757,54*
/2001	444,35	1,5364	682,74*	02/2001	409,46	1,5417	631,27*	01/2001	339,21	1,5492	525,52
/2000	378,24	1,5610	590,45*	11/2000	559,04	1,5671	876,09*	10/2000	443,33	1,5729	697,32*
/2000	913,46	1,5837	1.446,72*	08/2000	951,76	1,6126	1.534,82*	07/2000	468,22	1,6490	772,12*
/2000	454,82	1,6643	757,00*	05/2000	412,91	1,6755	816,59*	04/2000	470,14	1,6777	788,76*
/2000	442,70	1,6807	744,06*	02/2000	487,36	1,6839	695,31*	01/2000	290,37	1,7011	493,95
/1999	419,64	1,7220	722,63*	11/1999	526,48	1,7656	929,55*	10/1999	395,06	1,7989	710,70*
/1999	413,83	1,8254	755,41*	08/1999	457,03	1,8518	846,36*	07/1999	412,58	1,8813	776,20*
/1999	372,52	1,9005	707,98*	05/1999	349,38	1,9005	665,14*	04/1999	352,48	1,9010	670,09*
/1999	352,48	1,9387	683,36*	02/1999	378,77	2,0248	766,93*	01/1999	317,44	2,0481	650,14*
/1998	327,97	2,0681	687,74*	11/1998	505,80	2,0681	1.046,08*	10/1998	310,07	2,0681	641,27*
/1998	332,54	2,0681	687,74*	08/1998	320,27	2,0681	662,37*	07/1998	307,69	2,0681	636,35*
/1998	308,63	2,0739	640,08*	05/1998	303,72	2,0787	631,35*	04/1998	300,00	2,0787	623,61*
/1998	294,60	2,0835	613,80*	02/1998	305,10	2,0839	635,80*	01/1998	300,00	2,1022	630,68*
/1997	290,40	2,1167	614,71*	11/1997	96,80	2,1343	206,60				

* SALARIOS UTILIZADOS PARA CALCULO DA MEDIA

MEDIA DOS 80% MAIORES SAL. CONTRIBUICOES = 52.792,09 / 72 = 733,22

SALARIO DE BENEFICIO (733,22)

TEMPO DE SERVICO : 15 GRUPOS DE 12 CONTRIBUICOES

RENDIMENTO MENSAL INICIAL (EM: R\$) (733,22 X 0,850) 623,23

FATOR PREVIDENCIARIO: 0,6026 EXPECTATIVA DE VIDA: 12,9 ALIQUOTA: 0,31

FATOR PREVIDENCIARIO INFERIOR A 1, NAO FOI APLICADO, POIS REDUZIRIA A RENDA MENSAL

*** NAO HOUE GERACAO DE CREDITOS ATRASADOS ***

DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DO MES

2004 REND. MENSAL 498,58 CRED. CPMF 1,90 AD ARRED CRE 0,42

TOTAL BRUTO 500,90 DESCONTO 0,00 LIQUIDO 500,90

PRazo: S: E DE CINCO ANOS O PRAZO DE DECADENCIA PARA REVISAO DO ATO DE CONCESSAO,
CONFORME LEI 8213/91 ART 103.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO
AUTENTICAÇÃO
CONFERE COM O ORIGINAL
11 JUN 2012
Danillo
DEPARTAMENTO DE GESTÃO
DE PESSOAS