

Oficio 002/2012

Juiz de Fora, 04 de janeiro de 2012

AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS
A/C: Departamento de Sinistros

REF: APL SINSEPU

SEG: VANDA LUCIA MARTINS

Visando dar entrada no Sinistro de MORTE conforme documentação anexa:

DOCUMENTAÇÃO:

- AVISO DE SINISTRO
- CERTIDÃO DE ÓBITO
- CERTIDAO CASAMENTO ATUALIZADA
- RG ,CPF E DO SEGURADO
- RG CPF DO CONJUGE
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO FALECIDO
- COMPROVANTE RESIDENCIA DO SEGURADO
- HOLERITE
- NOTA FISCAL ORIGINAL 2.400,00
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO


VERTCON SEGUROS LTDA
De Juiz de Fora

**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		APÓLICE Nº	
SEGURADO Vanda Lucia Martins		DATA DE NASCIMENTO 250860	PROFISSÃO FUNC. PUB.
CAUSA MORTE		ESTADO CIVIL CASADA	
SINISTRO DE ☐ MORTE ☐ INVALIDEZ ☐ PROFISSIONAL ☐ NATURAL ☐ DOENÇA ☐ ACIDENTE		DATA ADMISSÃO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO
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

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

INFORMAÇÕES DO SEGURADO

SEGURADO VANDA LUCIA MARTINS		DATA DE NASCIMENTO 250860	PROFISSÃO FUNC. PUB.	TELEFONE 3216-3632
ENDEREÇO Eduardo Viana 1641402 BOA VISTA		CIDADE J. Faria	UF	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE		

DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIASTEVE 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
NOME DO MÉDICO	CRM Nº	ENDEREÇO

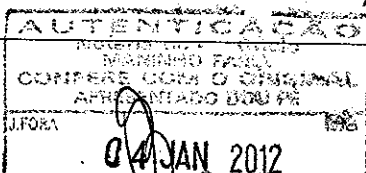
INFORME OUTROS SEGUROS DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM VIGOR NESTA DATA

SEGURODORA	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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

ENCL: 3, 44
T.M.D.: 1, 07

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO

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
HOSPITAL MONTE SINAI	10/12/11	22:10	HOSPITAL	10/02/09	10/12/11

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?

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

A) PRIMÁRIA CHOCUE SÉPTICO POR INFECÇÃO FÚNGICA - 4 dias

B) SECUNDÁRIA NEOPLASIA DE COLON em 21/11/09

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

Sim. HOSPITAL MONTE SINAI. 06/11/11 a 10/12/11. Complicação infecciosa pós quimioterapia

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? ☒ SIM ☐ NÃO 21/11/09 QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? ADVOGADO - APOSENTADO QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?

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

NÃO

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

INFARTO MIOCARDIO em 1997. CARCINOMA RENAL em 2008.

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?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA?
					☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ 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.)

HOVE 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

HOVE INTERNAÇÃO?	DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA	ENCONTROU ALGUM DEFETO 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 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

Juliano Machado de Oliveira

CRM Nº 39319

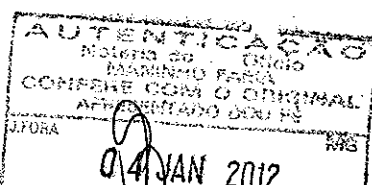
ENDEREÇO

Av. Rio Branco, 2406 / 710, Juiz de Fora, MG

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Juiz de Fora, 20/12/11
LOCAL E DATA

Dr. Juliano Machado de Oliveira
CRM Nº 39319
CONTROLE Nº 251800
ASSINATURA E CARIMBO



EMOL: 3, 44

Cartório Benfica

Bel. Mariana Sad Albuquerque e Castro
OFICIALA

Frederico de C. Albuquerque e Castro
OFICIAL SUBSTITUTO

3º Subdistrito - Registro Civil das Pessoas Naturais - Juiz de Fora - MG

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
GERALDO RODRIGUES MARTINS

MATRÍCULA:
0440570155 2011 4 00011 013 0004940 11

SEXO

masculino

COR

Branca

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, com 74 anos de idade

NATURALIDADE

Santos Dumont - MG

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CI - 3.768.237 - SP//

ELEITOR

era eleitor

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

JOAQUIM R. MARTINS e GUIOMAR DE A. R. MARTINS
Rua Eduardo Viviani, Nº 164/402, Boa Vista Juiz de Fora - MG

DATA E HORA DE FALECIMENTO

dez de dezembro de dois mil e onze às 22:10 horas

DIA MÊS ANO

10/12/2011

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital Monte Sinai em Juiz de Fora - MG

CAUSA DA MORTE

Choque Séptico, Infecção Fúngica, Metastase Hepatica e Carcinomatose P., Neoplasia de Cólon, Coronariopatia e Insuficiência Renal

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO)

Cemitério Parque da Saudade Desta Cidade - MG

DECLARANTE

DANIELA SEBESTYAN MARTINS

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr. Gustavo Brandão de Oliveira CRM:40744

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

não deixou bens, não deixou testamento. //

Cartório de Registro Civil do 3º Subdistrito
Oficial: Mariana Sad Albuquerque e Castro
Rua Tomé de Souza, 49 - Lj 03 Benfica
Juiz de Fora - MG

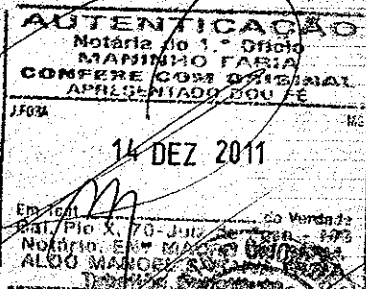
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Juiz de Fora - MG, 11 de dezembro de 2011

1ª Certidão
Gratuita



Assinatura do Oficial

GUILHERME DE OLIVEIRA
DA SILVA
ESCREVENTE



EMOL.: R\$ 3,04
RECOMP.: R\$ 0,18
T. JUD.: R\$ 1,01

070720110005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MINAS GERAIS

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

GERALDO RODRIGUES MARTINS
VANDA LÚCIA GONÇALVES

MATRICULA:

0562180155 1985 2 00014 034 0007129 91

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

GERALDO RODRIGUES MARTINS, nascido aos 29/10/1937 em SANTOS DUMONT - MG, brasileiro, filho de JOAQUIM RODRIGUES MARTINS e GUIOMAR DE ASSIS RODRIGUES MARTINS. //
VANDA LÚCIA GONÇALVES, nascida aos 25/08/1960 em LARANJAL - MG, brasileira, filha de SEBASTIÃO GONÇALVES e ALCINA DE JESUS OLIVEIRA //

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

quatro de maio de mil novecentos e oitenta e cinco //

DIA MÊS ANO

04/05/1985 //

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens //

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

VANDA LÚCIA MARTINS //

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

"GERALDO RODRIGUES MARTINS- Faleceu aos 10/12/2011, conforme consta do livro 011 C, às fls. 013 V, do termo 4940, conforme comunicação recebida e devidamente arquivada do Ofício do 3º Subdistrito desta cidade. Juiz de Fora, 04/01/2012." NADA MAIS. //

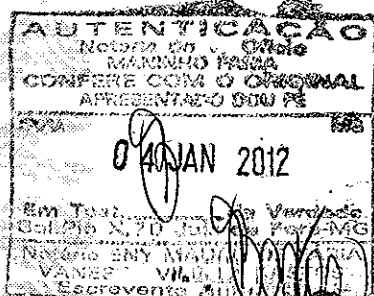
Certidão com Averbação.... R\$ 25,52 / Taxa Fisc. Judiciária.... R\$ 4,84 / TOTAL.... R\$ 30,36

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS,
INTERDIÇÕES E TUTELAS 1º SUBDISTRITO
Oficial: JOSÉ THADEU MACHADO COBUCCI
Substituto: Frederico Moutinho Laguardia dos Santos
Glr. Constança Valadares, 216, Centro
Juiz de Fora - MG
www.cartoriocobucci.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Juiz de Fora - MG, 04 de janeiro de 2012

Assinatura do Oficial

Eloizaine Lazzarini Santos
ESCREVENTE



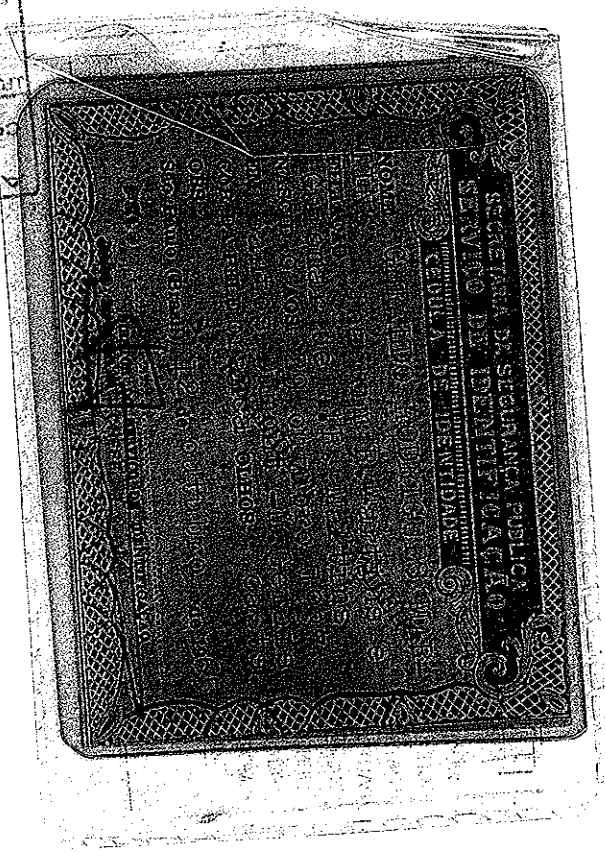
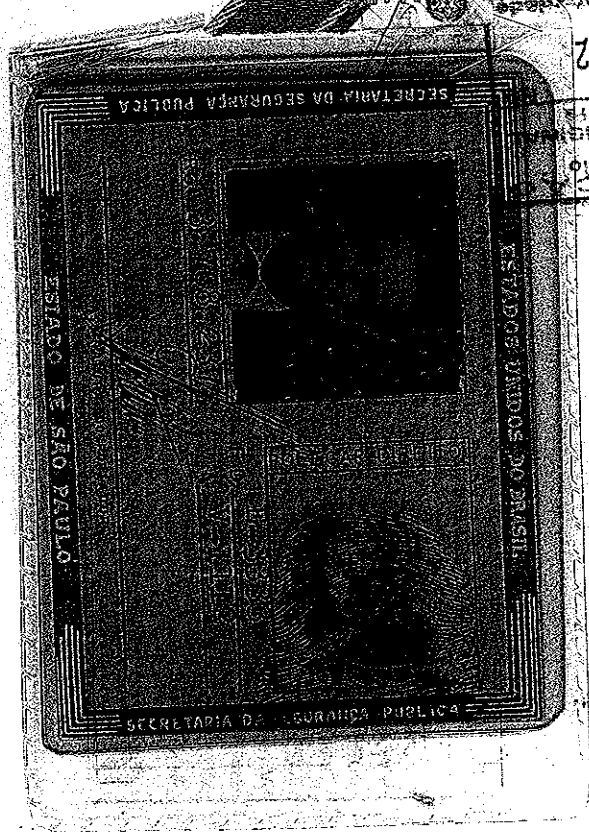
ENCL: 3, 44
T.JUJ.: 1, 02

7562480

ENCL: 3, 44
TJUA: 103

Selo de Autenticação
BRM 14969

Em 20/01/2012, o Sr. JACSON 2012
CONFERE COM O ORIGINAL
NOME DO MANTENEDOR
AUTENTICAÇÃO
MANTENEDOR DOU 12





www.cemig.com.br/atendimento

Distribuição S.A.

Fale com a Cemig 116

Cemig Distribuição S.A. CNPJ 06.981.180/0001-16 / Insc. Estadual 062.322136.0087
Av. Barbacena, 1.200 - 17º andar - Ala A1 - CEP 30190-131 - Belo Horizonte - MG

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela
Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

GERALDO RODRIGUES MARTINS
RUA EDUARDO VIVIANI 164 AP 402
BOA VISTA
36026-550 JUIZ DE FORA, MG
CPF 020.167.298-72

Referente a
DEZ/2011
Código de Débito Automático:
000021886064

Nº DO CLIENTE
7001336108

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U Nº 000148608 - PTA Nº 16.000114527.70

Classificação	Medição	Datas de Leitura			Datas da Nota Fiscal		Nº DA INSTALAÇÃO
Residencial Trifásico	AH878005522	ANTERIOR	ATUAL	PRÓXIMA	EMIÇÃO	APRESENTAÇÃO	3002188606
		01/11	01/12	02/01	05/12	09/12	

Informações Técnicas				
Tipo de Medição Energia	Leitura Anterior 71.786	Leitura Atual 71.989	Constante de Multiplicação 1	Consumo kWh 203

Informações Gerais
Tarifa vigente conforme Res Aneel nº 1127, de 05/04/11. Conforme Resolução ANEEL nº 396, de 23/02/2010, encontram-se disponíveis no nosso site WWW.CEMIG.COM.BR as demonstrações contábeis relativas ao ano anterior. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores. Para estes, estão sujeitas penalidades legais vigentes (multas) e/ou atualização financeira (juros) baseadas no vencimento das mesmas.

Indicadores de Qualidade de Fornecimento
Juiz de Fora 4
Mês: 10/2011

Apurado Mensal	Mensal	Trimestral	Anual
DIC 5,00	4,59	9,19	18,38
FIC 1,00	3,11	6,22	12,45
DMIC 0,00	2,52	-	-

Tensão: Nominal=220/127 V Min.=201/116 V Máx.=231/133 V
Valor Encargo Uso Sist. Distribuição: R\$57,10

Informações de Faturamento

Parcelas	Valor R\$	%	Parcelas	Valor R\$	%
Energia	25,78	20,67	Enc. Setoriais	7,17	5,75
Distribuição	42,69	34,24	Tributos	45,58	36,55
Transmissão	3,48	2,79	Total	124,70	100,00

Histórico do Consumo

Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/Dia	Dias de Faturamento
DEZ/11	203	6,77	30
NOV/11	216	7,45	29
OUT/11	222	6,94	32
SET/11	210	7,00	30
AGO/11	257	8,03	32
JUL/11	236	7,87	30
JUN/11	193	6,66	29
MAI/11	237	7,41	32
ABR/11	207	6,68	31
MAR/11	213	7,61	28
FEV/11	212	7,31	29
JAN/11	252	7,64	33
DEZ/10	239	7,97	30

Valores Faturados

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia Elétrica kWh	203	0,61440731	124,70

Encargos / Cobrança

Contrib. Custeio Ilum. Pública	10,57
Multa 2% conta de 11/2011 sobre R\$ 131,66	2,63
Juros mora 1% am* IGPM: 10 dia(s) sobre R\$131,66	0,66
Compensação DIC mensal	0,48-

Tarifas aplicadas (sem impostos)
Energia Elétrica kWh 0,35978000

Autenticação
Notário do 1º Ofício
MANOEL JACQUES
CONFERE COM O ORIGINAL
APRESENTADO SOB FIO
JUIZ DE FORA
04 JAN 2012
Jr. Tost. No Verdade
Gel. Pto X, 70 - Juiz de Fora - MG
NOTÁRIO ENT. MANOEL JACQUES
VIA FIO - FISCOS
Escritório Autenticação

VENCIMENTO 22/12/2011	VALOR A PAGAR R\$ 138,08
--	---

Reservado ao Fisco
32B6.23C2.15A5.1E1C.65B4.3C5B.6B18.4197

Base de cálculo(R\$)	ICMS Aliquota(%)	Valor(R\$)	PASEP (R\$)	COFINS (R\$)
124,70	30	37,41	1,45	6,72

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - 167 - Ligação gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares. Ouvidoria CEMIG: (31) 3506-3638



Unidade de Leitura
01074703

Conta Contrato
000021886064

Vencimento
22/12/2011

Total a Pagar
R\$ 138,08

Dezembro/2011

836000000001-5 38080138008-6 10185193911-2 00021886064-1

Todo
seu



Central de Atendimento Banco do Brasil
Salvos, extratos, pagamentos, transferências,
resgates, cartões e outras transações bancárias
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 0001
Demais localidades: 0 800 729 0001
Exterior: 55 11 2845 7820 (aceita ligação a cobrar)

SAC - Serv. de Atendimento ao Consumidor
Informações, dúvidas, reclamações, suspensão ou
cancelamento de contratos e de serviços
Capitais e Demais localidades: 0 800 729 0722
Deficiente Auditivo ou de Fala: 0 800 729 0088
Ouvidoria BB: 0 800 729 5678

Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/0001-91 - SBB Qd 01 - BIA - Lote 31 Ed. Sede 1-2º ss - 70073-900 - Brasília (DF)



22500-005-02313



CTC BELO HORIZONTE MG PL8
VANDA LUCIA MARTINS
R EDUARDO VIVIANI 164 AP 402
CENTRO
36026-550 JUIZ DE FORA - MG

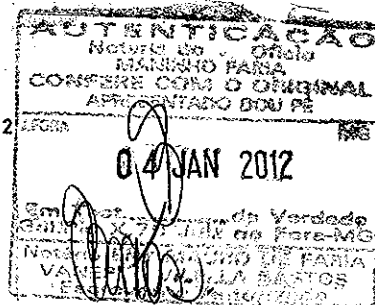


72080431 4022500000005031330221211

Postagem 23/12/2011

Vencimento 03/01/2012

0024-907147684



Encargos financeiros

Serviço	Taxa ao mês (%)	Taxa ao ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	Custo Efetivo Total ao ano (%) (2)
Crédito rotativo (1)	13,58	360,91	0,38	0,0082	403,36
Parcelado administradora (3)	5,06	80,82	0,38	0,0082	84,20
Retirada-Pais (1)	13,58	360,91	0,38	0,0082	403,36
Pagamento de contas (parcelado) (3)(4)	5,06	80,82	0,38	0,0082	84,20
Aquisição de faturas (3)(4)	5,06	80,82	0,38	0,0082	84,20

- (1) Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeitas a alterações no próximo período.
(2) Resultado da incidência da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário projetado para o período de um ano.
(3) Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de dúvidas, consulte a Central de Atendimento BB.
(4) Os serviços não estão disponíveis para clientes não-correntistas do Banco do Brasil.

Para pagamentos parciais acima do valor mínimo, incidirão Encargos Financeiros Contratuais, sobre a diferença entre o Total da Fatura e o valor pago, a serem cobrados na próxima fatura.

Faturas não pagas, pagas em atraso ou pagas abaixo do Pagamento Mínimo, além dos Encargos Financeiros Contratuais, estarão sujeitas a aplicação de Multa de 2% sobre o saldo devedor.

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências BB ou na internet - bb.com.br

PROMOÇÃO SEGUNDA BANDEIRA GRATUITA

Se você possui um Ourocard com a função crédito ativa, você pode solicitar um Ourocard de outra bandeira (Visa, MasterCard ou American Express), com anuidade gratuita*. Você tem mais opções para seus pagamentos e aproveita muito mais benefícios, compartilhando o mesmo limite do seu cartão atual.

*O não cumprimento dos requisitos mencionados no regulamento implica na cobrança da anuidade do segundo cartão a partir do mês subsequente. Consulte o regulamento no site bb.com.br/ourocard/bandeiragratis, na Central de Atendimento BB ou em sua agência.

O PONTO PRA VOCÊ FICOU AINDA MELHOR

Com o programa de relacionamento Ponto pra Você do Banco do Brasil, comprando com o cartão Ourocard, no débito ou no crédito, você ganha pontos, troca por dotz e pode faturar milhares de prêmios. E fazendo suas compras nas lojas parceiras você ganha muito mais dotz. É fácil e rápido! E o melhor: é de graça.

Acesse bb.com.br/pontopravoce, consulte o regulamento e saiba mais.

Uso no exterior - É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

 PREFEITURA DE JUIZ DE FORA Secretaria de Administração e Recursos Humanos Subsecretaria de Pessoas Departamento de Monitoramento Profissional		COMPROVANTE DE RENDIMENTOS Novembro/2011	
MATRICULA 002896-7.01	NOME Vanda Lucia Martins	CPF: 379.875.936-72	
CARGO Ag. de Atend.ao Publico (180) - I 10.104063.210-Efetivos		BANCO-AGÊNCIA-CONTA Banco Do Brasil S/A 24-8 / 7786 -0	
CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTOS
0001	Salário	180	1.363,85
0154	Grat.Central Atendimento		258,86
0175	Dir.Div.Incorporado	100	835,24
0217	Abono de Permanência		270,37
0017	Seguro Verticon		
0073	ASPM		102,94
0153	Emp. Banco Brasil II	4/4	10,00
0222	Co Partic. S. Servidor		362,95
0224	Plano de Saude		32,04
0260	Icatu Seguros		320,70
0531	IRRF	7,5	55,67
0554	FPM (Folha)		43,23
			270,37
Salário 1.363,85 Base IRRF.: 2.728,32		TOTAL	2.728,32
		VALOR LÍQUIDO	1.197,90
			1.530,42
MENSAGEM Servidor, a partir deste mês, o seu contracheque também está disponível nos terminais de autoatendimento do Banco do Brasil.			



EMOL: 3,44.
TJUB: 102

IMPRESSÃO A LASER - ENTEROFT (01) 3485-0099 - 143151540 (08/03/2011 - 13:40)



EMPRESA FUNERÁRIA NOSSA SENHORA DA CANDELÁRIA LTDA.

Av. Barão do Rio Branco, 2881 - Centro

Telefone: (32) 3215-5959

CEP 36010-012 - Juiz de Fora - Minas Gerais

NOTA FISCAL Mod. 1

☐ SAÍDA ☐ ENTRADA

007497

1.ª Via
Destinatário/Emitente

NATUREZA DA OPERAÇÃO	CFOP	INSC. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA LIMITE P/ EMISSÃO
Venda	5102		21.567.458/0001-05	367.021.642.00-17	00/00/00

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ/CPF		DATA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL		379895936-72		31-12-11	
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA SAÍDA / ENTRADA	
Rua Eduardo Viana, 164/402	Boa Vista	36026-550			
MUNICÍPIO	UF	INSC. ESTADUAL		HORA SAÍDA	
Juiz de Fora	MG				

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	CLASSE FISCAL	SITUAÇÃO TRIBUTÁRIA	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ALÍQUOTAS			VALOR
								ICMS	IPI	DO IPI	
	Uma mortuaria				01	1690,00	1690,00				
	Túnel				01	15,00	15,00				
	Laço de presença				01	15,00	15,00				
	Serv. ornamentação				01	220,00	220,00				
	Serv. Vanbraxia e preparo				01	200,00	200,00				
	Serv. Flores e decoração				01	60,00	60,00				
	Combr. com flores naturais				01	200,00	200,00				
	Falecido										
	Jerolado Rodrigues Martins										

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO I.C.M.S.		BASE DE CÁLCULO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.								2.400,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
								8.400,00	

INSC. MUNICIPAL	ALÍQUOTA ISS	VALOR TOTAL DO ISS
001.739/00-0		

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE P/ CONTA		PLACA VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
NOME / RAZÃO SOCIAL		1 - EMITENTE 2 - DESTINATÁRIO		4813529		MG			
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL			
"Osmundo"		Juiz de Fora		MG					
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO				

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Não há incidência de ICMS conforme Artigo 6º Inciso VII do Decreto 32635/91 de 18-12-1991 Isento de Impostos e Taxas Municipais CFE - Lei 1716/82 de 27-02-1992 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO À CRÉDITO FISCAL DE ISS E IPI.			



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Nº do Sinistro:

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) da indenização do Seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar recusa pela instituição Financeira.

Eu _____, portador do R.G. nº _____, expedido por _____, data da expedição ____/____/____, C.P.F. nº _____, na qualidade de beneficiário(a) dessa indenização, autorizo a American Life Companhia de Seguros efetuar o respectivo pagamento através de crédito, conforme abaixo indicado:

FORMA DE PAGAMENTO / CRÉDITO					
	BANCO (NÚMERO)	Nº AGENCIA	DIGITO AGENCIA	Nº DA CONTA	DIGITO CONTA
☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	Brasil	0024	8	7786	0
☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA					

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

Uma vez efetuado o pagamento / crédito no valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIO(A)
(Assinar igual ao RG - Não precisa reconhecer firma)

ATENÇÃO: Preencher corretamente os dados de sua conta corrente, agência e banco, verificando sempre os dígitos, evitando assim o cancelamento do crédito.