

Recibo de INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
RECIBO Nº: 2010/1

Nº do Sinistro **8931000260** Nº da Apólice **0000019300613** Ramo **VIDA EM GRUPO** Pagamento **INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

Sinistrado **ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA REIS** Data de pagamento **25/02/2010** Data da ocorrência **07/01/2010**

Nome do Estipulante
RIO NOVO PREFEITURA

Corretor
VERTCON ADM CORR DE SEGUROS LTDA

Valor Bruto (R\$)	Irpf (R\$)	Inss (R\$)	Pls (R\$)	Cofins (R\$)	Csll (R\$)	Valor Líquido (R\$)
5.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.000,00

DADOS DO CHEQUE

Banco _____ Agência _____ Nº do cheque _____

Valor do cheque
R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário
GERALDA APARECIDA VICENTE

RG Nº _____ Data Expedição _____ Órgão Emissor _____

OUTRAS INFORMAÇÕES


VERTCON. Adm. Cor.

[Handwritten Signature]
26/02/10

DECLARAÇÃO

Recebi da American Life Cia de Seguros, a importância mencionada acima, referente a liquidação total / parcial de INDENIZAÇÃO DE SINISTRO do segurado acima citado. Com este recibo, dou plena, total, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação do valor ora recebido da American Life Cia de Seguros, para nada mais reclamar com relação a este sinistro, quer em juízo ou fora dele, em qualquer época.

Local e Data _____ Assinatura _____

OBS: Devolver protocolado pelo(a) beneficiário(a)



Empav
Cesta Básica
sem
Cesta
M.N.C.

DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE SINISTRO

MORTE NATURAL

SINISTRADO : Antônio Raimundo de Oliveira Reis

SEGURADO : O mesmo

OCORRENCIA : 07/01/2010 DATA DO AVISO 09/02/2010

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 12/09 - Autenticada () Simples
- Xerox - Ficha de Registro - () Autenticada () Simples
- Xerox - Cartão Proposta - () Autenticada () Simples
- Ded. de união estável
-

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 Julian Data 09/02/10



Empsa
08931000260

DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE SINISTRO

MORTE NATURAL

SINISTRADO : Antonio Raimundo de Oliveira Reis

SEGURADO : 0 mesmo

OCORRENCIA : 07/01/2010 DATA DO AVISO 09/02/2010

DOCUMENTOS ANEXOS

DOCUMENTAÇÃO DO SEGURADO

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aviso de Sinistro original | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - Certidão de Óbito | - | <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Certidão de Casamento | - | () Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - RG do Segurado | - | <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - CPF do Segurado | - | <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - Comp / Residência | - | <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Prontuário Médico | - | () Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - Holerite do Mês <u>12/09</u> | - | <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Ficha de Registro | - | () Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Cartão Proposta | - | () Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <u>Decl. de união estável</u> | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |

DOCUMENTAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - CPF dos beneficiários | - | <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - RG dos beneficiários | - | <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Certidão de Casamento | - | () Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Comprovante de Residência | - | () Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Declaração de Únicos Herdeiros | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Autorização de Pagamentos em Conta Corrente | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | |

Enviado por Juelu Data 09/02/10

PROTOCOLO



Empar

DOCUMENTOS PARA ABERTURA DE SINISTRO

MORTE NATURAL

SINISTRADO : Antonio Raimundo de Oliveira Reis
SEGURADO : O mesmo
OCORRENCIA : 07/01/2010 DATA DO AVISO 09/02/2010

DOCUMENTOS ANEXOS

DOCUMENTAÇÃO DO SEGURADO

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Aviso de Sinistro original | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - Certidão de Óbito | - <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Certidão de Casamento | - () Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - RG do Segurado | - <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - CPF do Segurado | - <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - Comp / Residência | - <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Prontuário Médico | - () Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - Holerite do Mês <u>12/09</u> | - <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Ficha de Registro | - () Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Cartão Proposta | - () Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <u>Decl. de união estável</u> | |
| <input type="checkbox"/> | | |

DOCUMENTAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS


- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - CPF dos beneficiários | - <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Xerox - RG dos beneficiários | - <input checked="" type="checkbox"/> Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Certidão de Casamento | - () Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Xerox - Comprovante de Residência | - () Autenticada () Simples |
| <input type="checkbox"/> | Declaração de Únicos Herdeiros | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Autorização de Pagamentos em Conta Corrente | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Enviado por Juelu Data 09/02/10



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		APÓLICE Nº				
SEGURADO GERALDA APARECIDA VICENTE	DATA DE NASCIMENTO 15-11-63	PROFISSÃO DE LAR	ESTADO CIVIL AME.			
SINISTRO DE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> CAUSA	DATA ADMISSÃO	ULTIMO DIA TRABALHADO	ULTIMO SALÁRIO			
<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 type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Desde quando? _____ - Motivo : _____						
BENEFICIÁRIOS						
NOME	GRAU DE PARENTESCO	ENDEREÇO	IDADE			
GERALDA APARECIDA VICENTE	CONJUGADA	WALFRIDO MACHADO MENDONÇA 219	46			
LOCAL E DATA		CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR				
INFORMAÇÕES DO SEGURADO						
SEGURADO ANTÔNIO RAMUNDO DE OLIVEIRA Reis	DATA DE NASCIMENTO 09.03.73	PROFISSÃO SERV. GERAS	TELEFONE 3215-0940			
ENDEREÇO WALFRIDO MACHADO MENDONÇA 219, RETIRO	CIDADE J. FORA	UF MG.				
DATA DO ACIDENTE 07 de 2010	HORA 18:10	LOCAL DO ACIDENTE HDS J. FORA				
DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS						
TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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	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.						
21 JAN. 2010				 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL		

**BESSA
 COELHO**

4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
 CNPJ: 20.454.225/0001-71 - TEL: (32) 3215-1066
 Galeria Constança Valadares, Lj 04/06 - CEP: 36.010.300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo:
GERALDA APARECIDA VICENTE *****
 Juiz de Fora, 21/01/2010
 Em testemunho _____ da verdade

Paula Fonciano de Castro - Escrevente Autorizada
 Emol.: R\$2,95 Tax. Fisc.: R\$0,92 Total: R\$3,87



AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS 12/REV/2010 15:55

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO: Antônio Reimundo de Oliveira Reis

EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

LOCAL DO FALECIMENTO: 11-95 Rua de Fora DATA: 7/11/2010 HORAS: 18:10 FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL?: Hospital DATA DA 1ª CONSULTA: 6/11/2010 DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: 7/11/2010

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?: Pneumonia

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

A) PRIMÁRIA: Pneumonia

B) SECUNDÁRIA: Inunção Pulmonar

HOVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO.
Hospital Santa Cecília - Rua de Fora 6/11/2010 a 7/11/2010

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? DESDE QUANDO? QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?
 SIM NÃO 30 dias

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

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

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRÁFIA, RADIOGRÁFIAS, 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: Não
Sim - Regional deste município / UBS Santa Marcela - Avenida dos Bombeiros - Rua Eduardo de Menezes 455 - 301 João Moraes - Juiz de Fora

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 (TOMOGRÁFIA, RADIOGRÁFIAS, 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 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 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

RECEBUELO

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO MÉDICO: Marcelo dos Santos Campos CRM Nº: 29408-46

ENDEREÇO: Rua Eduardo de Menezes 455 / 301 João Moraes - Juiz de Fora / MG

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

Juiz de Fora 14/11/2010 LOCAL E DATA

Marcelo dos Santos Campos ASSINATURA E CARIMBO

4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
CNPJ: 20.451.225/0001-71 - TEL: (32) 3215-1086
Galeria Constança Valadares, Lj 04/08 - CEP:36.010.300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo:
MARCELO DOS SANTOS CAMPOS
Juiz de Fora, 28/01/2010
Em Testemunho _____ da verdade

Paula Ponciano de Castro - Escrevente Autorizada
Emol.:R\$2,95 Tax. Fisc.:R\$0,92 Total:R\$3,87



Dr. Marcelo dos Santos Campos
MÉDICO DE FAMÍLIA
CRM MG 29408

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA REIS

MATRÍCULA:

056218015520104001242970083141 - 51

SEXO

masculino

COR

Branca

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, com 36 anos de idade

NATURALIDADE

Aracitaba - MG

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

M 9069346 - MG

ELEITOR

era eleitor

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

ALÍPIO DE OLIVEIRA REIS e JUDITH SILVERIA DE OLIVEIRA rua Valfrido Machado Mendonça, 219,
Retiro Juiz de Fora - MG

DATA E HORA DE FALECIMENTO

sete de janeiro de dois mil e dez às 18:10 horas

DIA MÊS ANO

07/01/2010

LOCAL DE FALECIMENTO

HPS - Hospital Pronto Socorro - Mozart Teixeira em Juiz de Fora - MG

CAUSA DA MORTE

Insuficiência Respirat. Aguda, Pneumonia//

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE
CONHECIDO

Aracitaba - MG

DECLARANTE

JOSÉ LUIS DE OLIVEIRA

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Rosângela Chinellato de Lima CRM:19151

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

não deixou filhos, Ignora se deixou bens, Ignora se deixou testamento, nascido(a) em 09/03/1973, NADA
MAIS.

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS,
INTERDIÇÕES E TUTELAS 1º SUBDISTRITO
Oficial: JOSÉ THADEU MACHADO COBUCCI
Gr. Constança Valadares, 216,
Juiz de Fora - MG

Paula Ponciano de Castro
ESCREVENTE AUTORIZADO
4º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Juiz de Fora - MG, 08 de janeiro de 2010

Assinatura do Oficial

REGISTRO CIVIL
1º SUBDISTRITO
José Thadeu Machado Cobucci
OFICIAL
Gr. Constança Valadares, 1º Andar
Juiz de Fora - MG

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA

J. FORA 19 JAN. 2010

EM TEST. DA VERDADE



4751113

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINATURA DO TITULAR
Antonio Raimundo de Oliveira Reis

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL M-9.069.346 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/94

NOME ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA REIS

FILIAÇÃO ALIPIO DE OLIVEIRA REIS
JUDITH SILVERIA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE ARACITABA-MG DATA DE NASCIMENTO 09/03/73

DOC ORIGEM NAS LV-88A FL-183/V ARACITABA/MG

CPF 027809626-31

BELO HORIZONTE, MG ASSINATURA DO DIRETOR PII-435

LEI N°7.116 DE 29/08/83

Paula Ponciano de Castro
ESCREVENTE AUTORIZADO
4º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA

J. FORA 19 JAN. 2010 MG

EM TEST. *[Signature]* DA VERDADE

CARTÓRIO BESSA COELHO 4º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL.: R\$ 2,95 - T.F.J.: R\$ 0,92 - TOTAL: R\$ 3,87

Selo de Fiscalização
Autenticação

BFD 23147

TABELÃO * OFÍCIO DE NOTAS *
JUIZ DE FORA - MG *

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
027.809.626 -31

Nome
ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA REIS

15 de NOVEMBRO de 1989

03/03/1973

CardTech - BR0411117

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

FEV/2001

CORREIOS
www.correios.com.br

Paula Ponciano de Castro
ESCREVENTE AUTORIZADO
4º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA

J. FORA 19 JAN. 2010 MG

EM TEST. *[Signature]* DA VERDADE

CARTÓRIO BESSA COELHO 4º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL.: R\$ 2,95 - T.F.J.: R\$ 0,92 - TOTAL: R\$ 3,87

Selo de Fiscalização
Autenticação

BFD 23150

TABELÃO * OFÍCIO DE NOTAS *
JUIZ DE FORA - MG *



Você, sem fronteiras.

Nota Fiscal - Fatura de Serviços de Telecomunicações
Número: 000.090.240-AA
TIM Nordeste S.A.
Av. Raja Gabaglia, 1781, 8º e 9º andar - Belo Horizonte - MG
CNPJ: 01.009.686/0012-05 - I.E. 062.795318-00-05

Cliente: 1.20034254
CPF/CNPJ: 02780962631
Emissão: 07/12/09 - Postagem: 15/12/09
Referência Dez/09 - Período: 07/11/09 a 06/12/09
CFOP: 5307

Endereço Fiscal

ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA REIS
R WALFRIDO MACHADO DE MENDONCA, 219 - CX
RETIRO
36072-640 - JUIZ DE FORA - MG



JFA LESTE
ANTONIO RAIMUNDO DE OLIVEIRA REIS
R WALFRIDO MACHADO DE MENDONCA, 219 - CX
RETIRO
36072-640 - JUIZ DE FORA - MG

342040



200903430744637000001972220151209

VENCIMENTO
28/12/09

VALOR
R\$ 28,78

"T.I.M." é marca dos serviços de telecomunicações do Grupo TIM no Brasil

Prezado Cliente, excepcionalmente este mês, devido as festividades da final de ano, sua conta com vencimento 25 terá a data de vencimento alterada para o dia 28, sem cobrança de multa e juros.

Nº do Acesso: 32-9103-7792

	QUANTIDADE	Nº DIAS	TRIBUTOS	VALOR
01 MENSALIDADES E FRANQUIAS				39,90
02 Controle de Contas Degustação	1	23	25% - ICMS	0,00
03 Infinity 45 min (078/PÓS/SMP)	1	30	25% - ICMS	39,90
04 PACOTES				
05 Infinity 45 min - 032-9103-7792(078/PÓS/SMP)	45			
	QUANTIDADE	DURAÇÃO/VOLUME	TRIBUTOS	VALOR
06 CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM				0,00
07 Chamadas Locais para Outros Telefones Fixos	4	02m54s	25% - ICMS	0,00
08 Chamadas Locais para Outros Celulares	1	00m30s	25% - ICMS	0,00
09 OUTROS CRÉDITOS/DÉBITOS				-11,12
10 Crédito TIM Chip Avulso	1		25% - ICMS	-11,12
11 TOTAL TIM				28,78

Reservado ao Fisco : 615B.C699.CA6A.4C22.1ADD.0A26.CB6F.9B0E

Paula Ponciano de Castro
ESCREVENTE AUTORIZADO
4º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS



na fatura? Acesse Entenda sua Conta na
clulsiva do site www.tim.com.br

VIA DO CLIENTE

Loterias CAIXA

Disque CAIXA - 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800 726 7474
Reclamações, sugestões e elogios
www.caixa.gov.br
007-413940611-8

VALOR DO PAGAMENTO: 28,78

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
TIM NORDESTE S/A

01/11/02736-1
LOCALIDADE: JUIZ DE FORA
AG. VINCULADA: 3029

07/Jan/2010 HORA DF 14:52:14
TERM 002256

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. AP
007-413940611-8

Demonstrativo de Pagamento de Salário

empov - EMPRESA MUNICIPAL DE PAVIMENTAÇÃO E URBANIZAÇÃO

CNPJ Nº 044/0004/20

EMPRESA "EMP. DE PAV. URBANIZADA"

ÁREA DE PAVIMENTAÇÃO

CODIGO Nome do Funcionário

CBO Emp. Local Depto. Setor Seção FI.

OTONIO RAIMUNDS DE OLIVEIRA R 09130 0016 1347

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descostos
021	Horas Normais	100,00	564,00	
051	Grat. por Tempo Stay	11,00	113,65	0,41
063	Insalubridade	20,00	136,00	5,65
105	Arredondamento Provent	0,00	0,79	62,87
137	Arredondamento Descorr	0,00	0,00	22,81
200	Taxa Sand/Sinistralidade	0,00	0,00	
274	INSS	0,00		
301	CONV. VENCIMENTO DE 60 DIAS	0,00		
Total de Vencimentos			870,44	76,44
VALOR LIQUIDO			794,00	
Sal. Base			565,00	
Sal. Contr. INSS			69,65	
FGTS. do Mês			69,57	
Base Cál. FGTS.			869,65	
Base Cál. IRRF			869,65	
Ficha IRRF			0,00	
Total de Descostos				76,44

Selo de Fiscalização
 FISCALIZAÇÃO SEBRAE
 CFS 20900

AUTENTICAÇÃO
 DECLARO POR AUTÊNTICA
 A PRESENTE FOTOCOPIA

J. FORA 21 JAN 2010 M

EM TEST. DA VERDAD

CARTORIO BESSA COLCHO 4º OFÍCIO DE NOTÍAS
 EMOL.: R\$ 2,95 - I.T.J.: R\$ 0,92 - TOTAL: R\$ 3,87

Paula Ponciano de Castro
 ESCREVENTE AUTORIZADO
 4º OFÍCIO DE NOTAS
 JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

Assinatura do Funcionário

Data

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Declaro para os devidos fins e efeitos de direito, que convivi em união estável de forma pública, contínua e duradoura com o objetivo de constituição de família, no período compreendido entre 26/11/1998 e 07/01/2010, data do falecimento de ANTÔNIO RAMUNDO DE OLIVEIRA REIS ^(nome da vítima), tal como reconhecido no artigo 1.723 do Código Civil Brasileiro.

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.

JUIZ DE FORA 19/01/2010 (Local e Data)

Geralda Aparecida Vicente

(Nome, CPF/MF, RG. e Assinatura e endereço do declarante, reconhecer firma).

CPF: 964.510.416-53

RG: M-7.229.296

Rua Walfrido Machado Mendonça 219 - Retiro
Juiz de Fora - MG

Testemunhas: (Nome, Assinatura, CPF/MF e RG.: reconhecer firma)

1) *Nelson Ferreira Amaro*

RG 48172814 M-F

CPF 022345136/34

2) *Maria Tereza Rodrigues Amaro*

RG: M-1.106.644

CPF: 453.670.356-04



4º OFÍCIO DE NOTAS DE JUIZ DE FORA
CNPJ: 20.451.225/0001 - 71 - TEL: (32) 3215-1066
Galeria Constança Valadares, LJ 04/06 - CEP:36.010.300 - Juiz de Fora - MG

Reconheço por semelhança a(s) firma(s) abaixo:

NELSON FERREIRA AMARO, MARIA TEREZA RODRIGUES AMARO,
GERALDA APARECIDA VICENTE

Juiz de Fora, 19/01/2010

Em Testemunho _____ da verdade.

Paula Ponciano de Castro - Escrivã Autorizada

Emol.:R\$8,85 Tax. Fisc.:R\$2,76 Total:R\$11,61

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE SEM EMENDAS E/OU RASURAS.



AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS 12/FEV/2010 15:56

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Geralda Aparecida Vicente
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: M-7.229.296 DATA DE EXPEDIÇÃO: 29/04/91

NOME: GERALDA APARECIDA VICENTE

FILIAÇÃO: GERALDO VICENTE JOSEFINA DE MATOS VICENTE

NATURALIDADE: MATIAS BARBOSA-MG DATA DE NASCIMENTO: 15/11/63

DOC ORIGEM: NAS LV-41A FL-215V MATIAS BARBOSA CPF: 964510416-53

BELO HORIZONTE, MG

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PII-435

98.026

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA

J. FORA 19 JAN. 2010 MG

EM TEST. _____ DA VERDADE

CARTORIO BESSA-COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL.: R\$ 2,95 - T.F.J.: R\$ 0,92 - TOTAL: R\$ 3,87



Paula Ponciano de Castro
ESCREVENTE AUTORIZADO
4º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas

Nome: GERALDA APARECIDA VICENTE
Número de Inscrição: 964.510.416-53
Data de Nascimento: 15/11/1963



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 de NOVEMBRO de 1889

CartTech - BRCA1117

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

FEV/2001

CORREIOS
www.correios.com.br

AUTENTICAÇÃO
DECLARO SER AUTÊNTICA
A PRESENTE FOTOCÓPIA

J. FORA 19 JAN. 2010 MG

EM TEST. _____ DA VERDADE

CARTORIO BESSA-COELHO 4.º OFÍCIO DE NOTAS
EMOL.: R\$ 2,95 - T.F.J.: R\$ 0,92 - TOTAL: R\$ 3,87



Paula Ponciano de Castro
ESCREVENTE AUTORIZADO
4º OFÍCIO DE NOTAS
JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

www.cemig.com.br
Agência Virtual
 Fale com a Cemig 116

Cemig Distribuição S.A. CNPJ 06.981.180/0001-16 / Insc. Estadual 062.822186.0087 / Av. Barbacena, 1.200 - 17º andar - Ala A1 - CEP 30190-181 - Belo Horizonte - MG

GERALDA APARECIDA VICENTE
 RUA VALFRIDO M MENDONCA 219 CS 1
 RETIRO
 36100-000 JUIZ DE FORA, MG
 CPF 964.510.416-53

Referente a
DEZ/2009
 Código de Débito Automático:
000025514829

Nº DO CLIENTE
7005712730

NOTA FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - SÉRIE U Nº 003200284 - PTA Nº16.000114527.70

Classificação Residência 1 - Monofásico	Medição ABB988038335	Datas de Leitura ANTERIOR 13/11 ATUAL 11/12 PRÓXIMA 13/01	Datas da Nota Fiscal EMIÇÃO 15/12 APRESENTAÇÃO 21/12	Nº DA INSTALAÇÃO 3002551482
---	--------------------------------	---	--	--

Tipo de Medição Energia	Leitura Anterior 14.422	Leitura Atual 14.501	Constante de Multiplicação 1	Consumo kWh 79
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------

Informações Gerais
 Tarifa vigente conforme Res. Aneel nº 797, de 07/04/09.
 Isenção da Recomposição Tarifária Extraordinária.
 Faturamento pela tarifa social desconto de R\$ 16,20
 Isenção ICMS - Decreto Nº 43.080/02, Anexo I, item 79A.
 Se você estiver inscrito no Cadastro Único do Governo Federal, e ainda não se cadastrou, ligue no telefone 116, munido do seu Cartão Social, desta conta e de um documento, para se cadastrar.
 O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.

Valores Faturados			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Energia até 30 kWh	30	0,10360495	3,10
Energia de 31 a 80 kWh	49	0,23151664	11,35
Encargos / Cobrança			
Contrib. Custeio Ilum. Pública			2,01
Assistência Médica Social			9,50

Paula Ponciano de Castro
 ESCRIVENTE AUTORIZADO
 4º OFÍCIO DE NOTAS
 JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

AUTENTICAÇÃO
 CLARO SER AUTÊNTICA
 PRESENTE FOTOCÓPIA

21 JAN 2010
 MG

TESTE DA VERDADE

ARTÓRIO BESSA COELHO 4, OFÍCIO DE NOTAS
 EMOL.: R\$ 2,95 - T.F.J.: R\$ 0,92 - TOTAL: R\$ 3,87

Indicadores de Qualidade de Fornecimento

JUIZ DE FORA
 Região: REG. DISTR. JUIZ DE FORA
 Mês: 10/2009 DIC FIC DMIC Consideradas
 Apurado 0,00 0,00 0,00 as interrupções
 Permitido 22,00 14,00 11,00 acima de 3 Min.

Tensão: Nominal=220/127 V Min.=201/116 V Máx.=231/133 V

Informações de Faturamento

Parcelas	Valor R\$	%	Parcelas	Valor R\$	%
Energia	4,42	30,59	Enc. Setoriais	1,20	8,30
Distribuição	7,33	50,73	Tributos	0,90	6,23
Transmissão	0,60	4,15	Total	14,45	100,00

Histórico do Consumo

Mês/Ano	Consumo kWh	Média kWh/Dia	Dias de Faturamento
DEZ/09	79	2,82	28
NOV/09	73	2,43	30
OUT/09	73	2,43	30
SET/09	64	2,00	32
AGO/09	71	2,29	31
JUL/09	57	1,84	31
JUN/09	58	1,93	30
MAI/09	71	2,37	30
ABR/09	64	2,00	32
MAR/09	74	2,55	29
FEV/09	73	2,52	29
JAN/09	78	2,36	33
DEZ/08	64	2,29	28

VENCIMENTO
05/01/2010

VALOR A PAGAR
R\$ 25,96

Reservado ao Fisco
 9E2B.9F28.1491.F561.EA21.0EB7.43B6.B4DD

Base de cálculo(R\$)	ICMS Aliquota(%)	Valor(R\$)	PASEP (R\$)	COFINS (R\$)
			0,16	0,74

AMERICAN LIFE CIA DE SEGUROS 12/FEB/2010 15:57



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 GERALDA APARECIDA VICENTE

M-7.229.296, expedido por SSP-MG, data da expedição 29/04/1991, C.P.F. nº 964.510.416-53, portador do R.G. 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
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE	<u>Haii</u> 341	<u>7177</u>	<u>-</u>	<u>08537</u>	<u>4/500</u>
<input checked="" type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA	(7177)				

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.

JUIZ DE FORA 20/01/2010
LOCAL E DATA

Geralda Aparecida Vicente
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.