



Prefeitura Municipal de Rio Claro – SP  
Diretoria de Gestão de Pessoas

(\* PARENTE DA  
VICE PREFEITA)

À  
AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Enviamos documentos abaixo para encaminhamento à American Life Companhia de seguros

**NOME DO SEGURADO: BENEDICTO SILVA FILHO**

**SEGURO AUTOMÁTICO**

**SEGURO FACUTATIVO**

**FALECIMENTO DA ESPOSA (O)**

**FALECIMENTO DO SEGURADO**

**REEMBOLSO FUNERAL**

**D.I.T.**

**CESTA BASICA**

**OUTROS DOCUMENTOS SOLICITADOS:**

ENTREQUES EM. 19-05-2010

  
American Life Companhia de Seguros

**OBS.:**

**VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.**  
Suelen Andrade 25/05/10



**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<br><b>Prefeitura Municipal de Rio Claro</b>   |   | APÓLICE Nº                           |                                   |
| SEGURADO<br><b>Benedicto Silva Filho</b>   | DATA DE NASCIMENTO<br><b>13/05/1915</b> | PROFISSÃO<br><b>apostado</b>         | ESTADO CIVIL<br><b>casado</b>     |
| SINISTRO DE<br><input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE | CAUSA                                   | DATA ADMISSÃO<br><b>14/08/1978</b>   | ULTIMO DIA TRABALHADO<br><b>-</b> |
| 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>Maria LOURE Silva</b> | <b>ESPOSA</b>      | <b>AV P-19 nº 417 - Vila Paulista</b> | <b>89</b> |
|                          |                    |                                       |           |
|                          |                    |                                       |           |

LOCAL E DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR

*Ana Maria Allarugo Loureiro*  
 Gerente de Seguros  
 Folha de Pagamento

**INFORMAÇÕES DO SEGURADO**

|  |   |                              |                              |
|--|---|------------------------------|------------------------------|
| SEGURADO<br><b>Benedicto Silva Filho</b> | DATA DE NASCIMENTO<br><b>13/05/1915</b> | PROFISSÃO<br><b>apostado</b> | TELEFONE<br><b>3523-1435</b> |
| ENDEREÇO                                 | CIDADE                                  | CIDADE                       | UF                           |

|                  |      |                   |
|------------------|------|-------------------|
| DATA DO ACIDENTE | HORA | LOCAL DO ACIDENTE |
|------------------|------|-------------------|

**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.

**Rio Claro, 19 de abril de 2010**  
 LOCAL E DATA

*Benedicto Augusto de S.P.*  
 ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL

9154-5665 (Apostado)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.029.431-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/DEZ/93

NOME BENEDICTO SILVA FILHO

FILIAÇÃO BENEDICTO SILVA E ANNA BETTI

NATURALIDADE ANALANDIA -SP DATA DE NASCIMENTO 13/MAI/1915 MAIOR DE 65 ANOS

DOC ORIGEM DESCALVADO-SP DESCALVADO

CPF 77.029.431-8 / FL. 279 / N. 000087

R. ROBERTO LUIZ ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

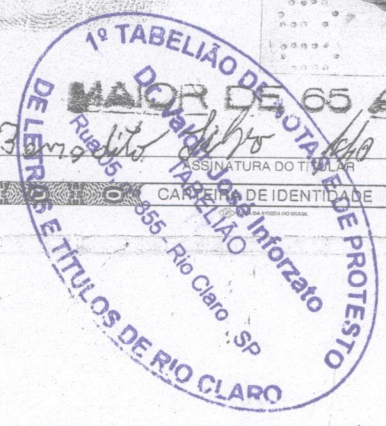
ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT 779-9

MAIOR DE 65 ANOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



1º TABELÃO DE NOTAS INFORZATO TABELÃO

Colégio Notarial do Brasil - SP

Autenticação

0868/43908325 MAI 2010

2.10 p/ato

LARISSA VIVIANI COVRE

NANCY Q. M. DE MATTEO

JAQUELINE S. SOARES

RENATA LAUTENSCHLAEGER

Válido somente com selo de autenticidade

MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE



CIC

NASCIMENTO 13.05.15 INSCRIÇÃO NO CPF 776 972 358 20

CONTRIBUINTE BENEDITO SILVA FILHO

SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

1º TABELÃO DE NOTAS INFORZATO TABELÃO

Colégio Notarial do Brasil - SP

Autenticação

0868/43908325 MAI 2010

2.10 p/ato

LARISSA VIVIANI COVRE

NANCY Q. M. DE MATTEO

JAQUELINE S. SOARES

RENATA LAUTENSCHLAEGER

Válido somente com selo de autenticidade

**BENEDITO SILVA FILHO**  
AV P 19,417-  
RIO CLARO - SP - CEP 13506828

Data de emissão: 14/04/2010  
Data da apresentação: 19/04/2010  
Controle Nº: 01-20101317223911-27

| Próxima Leitura | Nº da Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica | Conta do Mês | Vencimento | Valor da Conta (R\$) |
|-----------------|---|--------------|------------|----------------------|
| 12/05/2010      | 000.231.408                                 | ABRIL/2010   | 18/05/2010 | R\$ 70,49            |

#### Dados de Leitura e Consumo

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
| Leitura atual em 12/04/2010    | 8029       |
| Leitura anterior em 11/03/2010 | 7869       |
| Consumo do mês (kWh)           | 160        |
| Consumo médio diário           | 5,00       |
| Consumo médio últimos 12 meses | 168        |
| Dias no período                | 32         |
| Próximo vencimento             | 18/06/2010 |

#### Dados de Cadastro

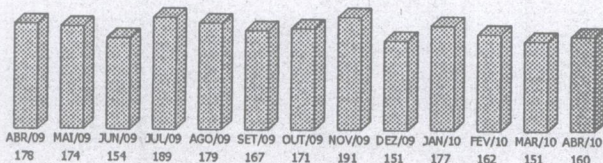
|                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| Número do medidor                | M13285243              |
| Constante de multiplicação       | 1                      |
| Tensão nominal ou contratada (V) | 127                    |
| Limites adequados de tensão (V)  | 116 a 133              |
| Classificação                    | RESIDENCIAL-MONOFASICO |
| Débito automático banco/agência  | 033/0059               |

#### Dados de Faturamento

| Energia/Tributos               | Quantidade | Tarifa  | Valor (R\$)  |
|--------------------------------|------------|---------|--------------|
| CONSUMO                        | 160        | 0,33580 | 53,73        |
| PIS / COFINS                   |            |         | 3,44         |
| VALOR DO ICMS                  |            |         | 7,80         |
| <b>Subtotal 1</b>              |            |         | <b>64,97</b> |
| <b> Lançamentos e Serviços</b> |            |         |              |
| SEGURO RESIDENCIAL             |            |         | 5,52         |
| <b>Subtotal 2</b>              |            |         | <b>5,52</b>  |



#### Histórico de Consumo (kWh)



#### Demonstrativos

| Energia/Tributos          | Valor (R\$)  |
|---------------------------|--------------|
| DISTRIBUICAO              | 23,02        |
| ENC. SETORIAIS            | 4,48         |
| GERACAO ENERGIA           | 18,90        |
| TRANSMISSAO               | 7,33         |
| TRIBUTOS                  | 11,24        |
| <b>Soma Demonstrativo</b> | <b>64,97</b> |

#### Valor Total da Conta

**R\$ 70,49**

#### Bases de Cálculo de Tributos

| Descrição | Alíquota | Base de Cálculo | Valor (R\$) |
|-----------|----------|-----------------|-------------|
| ICMS      | 12,00%   | 64,97           | 7,80        |

CONTA SEM BENEFICIO DA TARIFA BAIXA RENDA (RES 246 E 485/02).

O atraso no pagamento desta fatura implicará a multa de 2%, mais juros e correção monetária, conforme legislação vigente, a serem cobrados em conta futura.

#### AVISO IMPORTANTE DE DÉBITO/CORTE

#### DÉBITOS ANTERIORES

Solicite seus serviços pelo site [www.elektro.com.br](http://www.elektro.com.br) ou nas agências próprias dos Correios.

|                      |                        |                              |  |                                 |
|----------------------|------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|
| Local<br><b>0031</b> | Etapa<br><b>09</b>     | Seu Código<br><b>8268843</b> | Controle Nº<br><b>01-20101317223911-27</b> | Vencimento<br><b>18/05/2010</b> |
| Banco<br><b>033</b>  | Agência<br><b>0059</b> | Emissão<br><b>14/04/2010</b> | Mês de Referência<br><b>ABRIL/2010</b>     | Total R\$<br><b>70,49</b>       |

Considerar esta conta quitada somente após o débito em sua conta corrente. Se por algum motivo de seu conhecimento não ocorrer o débito automático, pague esta conta em qualquer rede conveniada.

### Conta em Débito Automático

83690000008 704900220408 001010201018 317223911270



Autenticação Mecânica

PREFEITURA MUN DE RIO CLARO  
RUA 3

Funcao : INATIVO I  
Funcao Origem :

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALARIO

Admissao : 14/08/1978  
Competencia : MARCO/2010

Codigo Nome  
001203 BENEDITO SILVA FILHO

Local Orgao Folha  
622 20.01.01 1

| Cod. | Descricao                     | Refer. | Vencimentos | Descontos |
|------|-------------------------------|--------|-------------|-----------|
| 100  | COMPLEMENTACAO                |        | 7,88        |           |
| 426  | ASSOC.FUNC.PUB.MUN. RIO CLARO |        |             | 5,00      |

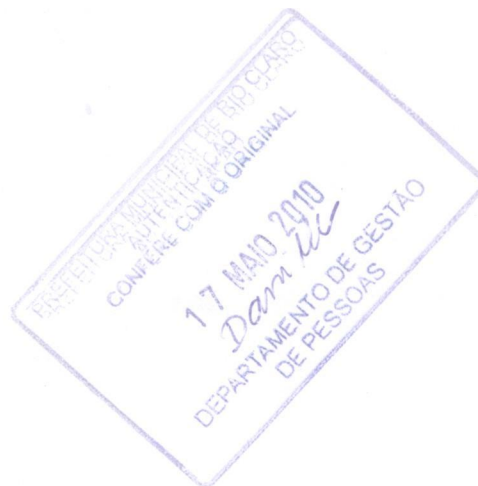
-Mensagem-

| Tot.de Vencto | Tot.de Descto |
|---------------|---------------|
| 7,88          | 5,00          |

Banco BANCO SANTANDER S/A  
Agen. RIO CLARO C/C 000050703979

Vlr.Liquido -> 2,88

| Salário Base | Base INSS | Base FGTS | Valor FGTS | Base IRRF |
|--------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 623,01       | 0,00      | 0,00      | 0,00       | 0,00      |





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

3º TABELIAO DE NOTAS  
Av. 3 nº 336 Tel. 3534-1416 Rio Claro  
AUTENTICAÇÃO  
Autentico a presente cópia reprográfica conforme original a mim apresentado do que certifica

CERTIDÃO DE ÓBITO

VALIDO SOMENTE COMO SELO DE AUTENTICAÇÃO  
Rio Claro (SP)

22 ABR 2010

NOME:  
"BENEDITO SILVA FILHO"

Pedro Bueno Martinez - Tabelião  
Valor cobrado R\$ 2,10 por página

MATRÍCULA:  
115543 01 55 2010 4 00129 286 0064588-12

SEXO MASCULINO  
COR BRANCA  
ESTADO CIVIL E IDADE CASADO - 94 ANOS DE IDADE  
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG 70294318  
ELEITOR SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA  
Benedito Silva e Anna Betti  
RESIDENTE NA AVENIDA R-12 Nº 417, VILA PAULISTA, RIO CLARO, SP

DATA E HORA DO FALECIMENTO NOVE DE ABRIL DE DOIS MIL E DEZ - AS 07:30 H  
DIA MES ANO 09 04 2010

LOCAL DE FALECIMENTO  
NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL, SAÚDE, RIO CLARO, SP

CAUSA MORTE  
FALENCIA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS, ANEURISMA DE AORTA TORÁXICO-ABDOMINAL, ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICO (MORTE NATURAL)

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) SÃO JOÃO BATISTA DE RIO CLARO, SP  
DECLARANTE TEREZA ISABEL DA SILVA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO  
Dr. MITSURU TAKAHASHI CRM 93.695

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES  
O finado era casado com Maria Dovey Silva em Destalvado, SP, aos 08/10/1938, era eleitor, não deixou bens a inventariar, deixando os seguintes filhos: Antonio, com 69 anos, Ana, com 66 anos, Iraci, com 65 anos, Maria Aparecida, com 63 anos, Sebastiana, com 59 anos, Sebastião, com 56 anos, Aparecido Donizete, com 53 anos e Tereza Isabel, com 52 anos. Nada mais consta.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, Dou fé.  
RIO CLARO, 14 de abril de 2010

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

Paulo Sergio Johnson de Salvo  
Escrivente Autorizado

Paulo Fernando Pires da Silveira  
OFICIAL

Município e Comarca de Rio Claro - Estado de São Paulo

PRIMEIRA VIA  
ISENTO DE EMOLUMENTOS

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

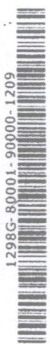
COPIA COPIA

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

Autenticado  
08700AA59752  
3º TABELIAO DE NOTAS  
Avenida 3 nº 336 - Tel: 3534-1416  
RIO CLARO - SP  
Tabelião  
Pedro Bueno Martinez

1298G-AA 085579

1298G-80001-90000-1209



JB SECURITY PAPER

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

BENEDICTO SILVA FILHO  
MARIA COVRE

MATRÍCULA:

119198 01 55 1938 2 00022 279 0000087 28

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

NOIVO: BENEDICTO SILVA FILHO

Nascimento: 13/05/1915 Natural de: Analândia-SP Nacionalidade: brasileira

Mãe: ANNA BETTI

Pai: BENEDICTO SILVA

NOIVA: MARIA COVRE

Nascimento: 04/03/1921 Natural de: São Carlos-SP Nacionalidade: brasileira

Mãe: MARIA LOCANHA

Pai: ANTONIO COVRE

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

Oito de outubro de um mil novecentos e trinta e oito

DIA

08

MÊS

10

ANO

1938

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão de Bens

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

MARIA COVRE SILVA

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Livro B-22, fls.279, n.º87.

ANOTAÇÃO: O contraente faleceu em Rio Claro/SP aos 09/04/2010 (L-C-129, fls.286vº, n.º64588). Descalvado, 13/04/2010.  
A Escrevente Substituta, (a) Juliana Regina Fuzzaro Zambrano.

Espaços em branco

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

Ligia Maria Zanin  
OFICIAL TITULAR



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
DESCALVADO, 12 de maio de 2010

Juliana Regina Fuzzaro Zambrano  
Escrevente Substituta

Juliana Regina Fuzzaro Zambrano  
Escrevente Substituta

Município e Comarca de Descalvado - Estado de São Paulo

Custas: Oficial: R\$ 24,00 Escrevente: R\$ 04,91 Total: R\$ 29,45  
Guia nº 019/10

R. José Rodrigues Penteado, 368 - Centro - Descalvado/SP - CEP 13690-000

Fone/Fax: (19) 3583-8971 - e-mail: rcdescalvado@yahoo.com.br

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

0268AA016031

Autenticado

Registro Civil das Pessoas Naturais  
da Comarca de Descalvado / SP

**AUTENTICAÇÃO**

Presente fotocópia é reprodução fiel do  
original que me foi apresentado, dou fé

Descalvado 12 MAIO 2010

Valor Recebido R\$ 210

Oficial Titular: Ligia Maria Zanin

Est. Juliana Regina Fuzzaro Zambrano da verdade

VALÍDAMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Juliana Regina Fuzzaro Zambrano  
Escrevente Substituta

CÓPIA EXTRAÍDA PELO REGISTRO  
CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
DESCALVADO / SP

014509

0997G-AA

0997G-14501-15500-0510

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO -779-9-

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



MAIOR DE 00 ANOS

NÃO ALFABETIZADA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TABELIAO DE NOTAS E DE PROTESTO

Dr. Valdir José Inforzato

TABELIAO

855 - Rio Claro - SP

DE LETRAS E TITULOS DE RIO CLARO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 06.225.876-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/NOV/98

NOME MARIA COVRE SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO COVRE E MARIA LUCANHA

NATURALIDADE S. CARLOS - SP DATA DE NASCIMENTO 04/MAR/1921

DOC ORIGEM DESCALVADO/SP MAIOR DE 65 ANOS

CPF 00#LV.892/ELS.279 /N.000087

ASSINATURA DO DIRETOR

Colégio Notarial do Brasil - SP ARPEN SP Nº7.116 DE 29/08/83

Autenticação do Tabelião do Estado de São Paulo

0868AA0080T60

NOTAS INFORZATO INFORZATO TABELIAO

Autentico o presente documento conforme o original e sem acrescentado do que dou fé.

Rio Claro SP 05 MAI 2010

2.10 P. 1830

LARISSA VIVIANI COVRE  
NANCI Q. M. DE MATTEO  
JAQUELINE S. SOARES  
RENATA LAUTENSCHLAEGER

Válido somente com selo de autenticidade





# Ministério da Fazenda

## Secretaria da Receita Federal do Brasil

### **Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral no CPF**

**Nº do CPF: 428.366.268-28**

**Nome da Pessoa Física: MARIA COVRE DA SILVA**

**Situação Cadastral: REGULAR**

Comprovante emitido às: **14:04:26** do dia **01/05/2010** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0E78.8B11.2D53.FA8B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Aprovado pela IN/RFB nº 864 , de 25/07/2008.

maria cora lize

R.G. 36225876-4

CPF 428366286-28

Avenida P 19 no 4,7 .cep 13506828

Vila Paulista Rio Claro São Paulo



Fundação/Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Rio Claro



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA  
PRONTO SOCORRO**

MATRÍCULA SMS: 04 | MATRÍCULA ATEND. EMERG.: 0027 | DATA ATENDIMENTO: 7/4/10 | HORA ATENDIMENTO: 05:25 | ESPEC. DENOMINAÇÃO: | IDENTIF. ATENDENTE: | Cód. PSI: | CID: 95

NOME DO PACIENTE: Benedito Silva Filho | CARTÃO SUS: 9276-7987

DOCUMENTO (RG): | UF: | SEQ: | DATA DE NASCIMENTO: 13/5/19 | COR: B | SEXO: M | TELEFONE: 3557-9939

ENDEREÇO RESIDENCIAL - AV., RUA, TRAVESSA: Av. Paulista | ZONA: | CEP: | CIDADE: Rio Claro | Cód. Mun.: | UF: | NÚMERO: 917 | COMPLEMENTO:

BAIRRO: J. Paulista | ZONA: | CEP: | CIDADE: Rio Claro | Cód. Mun.: | UF: | NOME DA MÃE: Ana Bepe | NOME DO RESPONSÁVEL:

ENCAMINHADO POR: | ACIDENTE DE TRABALHO: | OC. POLICIAL:

ATOS MÉDICOS REALIZADOS (ANOTAR A QUANTIDADE)

- 040-0 CONSULTA SIMPLES
- 041-8 CONSULTA COM MEDICAÇÃO
- 080-9 CONSULTA ORTOPÉDICA
- 042-6 ATENDIMENTO COM OBSERVAÇÃO (MENOS DE 12 H)
- 046-9 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
- 050-7
  - SUTURA SIMPLES
  - DRENAGEM ABSCESSO
  - MIÁSE
  - EXERESE DE UNHA

**PSM  
RIO CLARO**

**EXAME REALIZADO**  
 055-8 FLEBOTOMIA / INTRACATH  
 057-4 PROCEDIMENTO OFTALMOLOGICO  
 058-2 PROCEDIMENTO OR  
 804-4 CARDIOVERSÃO  
 822-2 TERAPIA EM UROLOGIA (SONDAGEM VESICAL)  
 059-0 PROCEDIMENTO OU PEQUENA CIRURGIA DO TÓRAX

CT 108231-25

OUTROS PROCEDIMENTOS (ANOTAR O CÓDIGO E DISCRIMINAR)

||-|| | ||-|| | ||-||

CT 108232-25

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM (ANOTAR A QUANTIDADE)

- INJEÇÕES IM E EV
- CURATIVO
- INALAÇÃO
- MEDICAÇÃO VO
- SONDAGEM VESICAL
- RETIRAR PONTOS
- 013-2 ANATOX TETÂNICO
- 021-3 VACINA ANTIRÁBICA

QUEIXA PRINCIPAL: Dores em membros inferiores.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ATENDIMENTO: Dores em membros inferiores e dor abdominal.

USA (Rulizoran) 3x (am.)  
 Serepina

**RAIO X**  
 07/04/10

ENCAMINHADO PARA: Unidade Básica e Pronto Socorro

22.04.10  
 Conferido com Original  
 Fundação Municipal de Saúde  
 Rio Claro

DIAGNÓSTICO: DM

ENCAMINHADO PARA: | NOME DO ENFERMEIRO:

Data

Seguimento do caso

07/04/10

Benedito Silva Filho 95a.

Filho relata que por volta de 2h de hoje o paciente começou a queixar-se de cefaléia súbita e dor em membros, sendo trazido para o P.S. após por um deus-lhe-dramin e anador.

na entrada apresenta hipertensão cl PA: 240x120 sendo medicado com captopril 50mg (S) tendo baixado a PA p/ 130x80, evoluindo com insuf respiratória, sendo IOT.

Antecedente: cardiopatia isquêmica tendo realizado cati + angioplastia há 10 anos, faz seguimento cl DR Marco Aurilio.

Amaurose há cerca de 3 anos por glaucoma. Faz uso de sustate 818h, deliagen 30mg 818h somalgim 1 comp (V) após o almoço.

AO Exame: PA: 90x60 dexto: 244

AP: MU(+) normo dist cl RAS.

AC: 2BANF SAS. (F.A.?)

Abdome: RHA(+) normo teso presença de massa pulsátil à (E) da cicatriz umbilical.

HD: AVC ??

CD: TC de crânio  
ECG

Dra Rosana A. Soares  
Clínica Médica Reumatologia  
CRM 90454

TC de crânio: hemorragia subaracnóide e infraventricular  
TC de abdome: aneurisma de aorta torácica abdominal na 10.ª cost

Dra Rosana A. Soares  
Clínica Médica Reumatologia  
CRM 90454

08/04/10 Pac. instável hoje, ECG = 3  
9h

cd - pulso  
hipertensão pulmonar  
lab

22.04.10  
Confere com Original  
Fundação Municipal de Saúde  
Rio Claro

Dra. Patricia M. Bighetti  
CRM-SP 39.572  
08 ABR. 2010



FUNDAÇÃO / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO - SP  
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nº? \_\_\_\_\_

NOME: Renildo Silva Fêles 95a

| DATA     | HORA | PRESCRIÇÃO<br>(MEDICAÇÃO, DIETA E RECOMENDAÇÕES)                | MÉDICO   | HORÁRIO | OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM                            |
|----------|------|---|----------|---------|--|
| 07/10/14 |      | 1. Bula enteral 1500 ml (VG) + água<br>no intervalos            | S (M)    | 08:00   | PA 90 x 60 mmHg<br>dieta 214 mg 710                  |
|          |      | 2. SF 0,9% — 1000 ml (IV) ACM                                   |          | 10:00   | PA 80 x 40 mmHg<br>T 37,9°C                          |
|          |      | 3. SF 0,9% — 1000 ml<br>glicose 50% — 2amp<br>KCl 19,1% — 1amp. |          |         | Paq 59 501/...<br>Temp 34°C                          |
|          |      | 4. Demerol — 2amp<br>Fentanil — 2amp<br>SF 0,9% — 200ml         | (IV) ACM |         | deftno 152 mg / 150 mg<br>Clonite em 0,1 mg / 0,1 mg |
|          |      | 5. Paracetamol 1amp (IV) 12112t.                                |          |         | TOT adoperado ao<br>Tetrate, medula.                 |
|          |      | 6. Ropariva 5000 UI (SC) 12112t.                                |          |         | paq condico<br>Sintoma digital                       |
|          |      | 7. Sustate 1cp (VG) 818t. (1amp)                                |          |         | resoluo ribs.  |
|          |      | 8. Diltiazem 30mg (VG) 818t. (1amp)                             |          |         | tem se pier  |
|          |      | 9. SSVV + ceg   |          |         | de lipoproteico                                      |
|          |      | 10. ECG.  |          |         | lipoproteico, po                                     |
|          |      | 11. Aseto 6/6t  |          |         | T + caldas   |
|          |      | 12. Inulina R conforme dieta:                                   |          |         | prada Sonda pu                                       |
|          |      | 150 - 200 U → 50I (SC) 200 - 250 U → 100I (SC)                  |          |         | na 1,8, ex. fa                                       |
|          |      | 250 - 300 U → 150I (SC) > 300 200I (SC)                         |          |         | em S. V. 100 L de                                    |
|          |      | 13. glicose 50% 3amp (IV) a dieta 570                           |          |         | vicio existencia                                     |
|          |      | 14. Furosemida 400 mg (IV) aqora                                |          |         | na 1,8, ex. fa                                       |
|          |      |   |          |         | Adice  |
|          |      |   |          |         | PA 60 x 28 Paq 38 501/...                            |
|          |      |   |          |         | Paq 99 214 mg 710                                    |

Dra Rosana Soares  
Clínica Médica Reumatologia  
CRM 90454

Confite com Oficina  
Fundação Municipal de Saúde

Benedito Silva Filho 95 anos

Data

Seguimento do caso

08/04

paciente que em 07/04 + RM  
por os 07:30h

sem  
de  
papilas micóticas

consta em 07:30h

Dr. Mitsuru Takahashi  
CRM-SP 93.695

09 ABR. 2010

22.04.10  
Confere com Original  
Fundação Municipal de Saúde  
Rio Claro



FUNDAÇÃO / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO - SP  
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Amurimma) Costa Tenace abdominal

NOME: Benedito da Silva Filho 95a

PRESCRIÇÃO

(MEDICAÇÃO, DIETA E RECOMENDAÇÕES)

| ATA | HORA | MÉDICO           | HORARIO                          | OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM | ENFERM. |
|-----|------|------------------|----------------------------------|---------------------------|---------|
| 104 | 9h   | <u>Dr. Paulo</u> | 7:50h                            | → PA = 0x0 FC = 74 bpm    |         |
|     |      |                  | Dr = 49 mg/dl T = 11/2           |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | SPD = 512 - limbe pulso          |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | + ventricul metômica, 50 G       |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | apete - sem débito, RVP em rif,  |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | monitoriz pelo, deuse em         |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | balde O até o momento, ago.      |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | da demais cuidados. calana       |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | + T <sub>3</sub> 90.             |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | Obs: Clinic nos reagente a ex-   |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | mulo adolora, pele mucosa        |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | das, apresenta 1 registro        |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | da SpO <sub>2</sub> 95%. Relando |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | 9:00h - 5 Magneto aspirador      |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | em em tot 4VFS, com pre-         |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | tena de Mucos, sanguios.         |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | lente, e em tot fridlogia        |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | a formação de coágulos, tro-     |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | cação pinacos, mudado dea-       |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | bito, brado tot em 22 aug        |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | realiz pelo higien oral,         |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | dequ em ob. adiant               |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | + T <sub>3</sub> 90.             |                           |         |
|     |      | <u>Dr. Paulo</u> | 10:50h PA = 0x0 FC = 84 bpm      |                           |         |

Dr. Patricia M. Righetti  
CRM-SP 56.972

08 APR 2010

Original  
Fundação Municipal de Saúde  
Rio Claro



108232-25

SETRA

**Paciente:** BENEDITO SILVA FILHO  
**Médico:** DR. MARCELO EDUARDO FERRARINI  
**Idade:** 94  
**Proced.:** PSMI

**Data:** 07/04/2010  
**No. Exame:** 108232-25  
PSMI

### CT ABDOME SUPERIOR E PELVE

**Procedimento:** Cortes axiais tomográficos de 10 mm de espessura das cúpulas diafragmáticas à sínfise púbica após ingestão do meio de contraste oral em séries pré e pós infusão do meio de contraste endovenoso.

#### Relatório:

Chama a atenção neste estudo aneurisma da Aorta tóraco abdominal, sem sinais de dissecação medindo cerca de 6,0 cm de diâmetro.

Fígado, baço, pâncreas e rins com contornos, coeficientes de atenuações e dimensões normais.

CEP

*Mauro T. Branco* 22/04/10  
**Conferido com Original**  
Fundação Municipal de Saúde  
Rio Claro

**Médico Emissor:**  
**CRM:** 71822 DR. MAURO T. BRANCO

O VALOR PREDITIVO DE QUALQUER EXAME COMPLEMENTAR DE DIAGNÓSTICO DEPENDE DA ANÁLISE CONJUNTA DO SEU RESULTADO E DOS DADOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DO (A) PACIENTE

RUA 3 ESQUINA COM AVENIDA 19 TEL (19)3526-5040  
CEP 13500-313 RIO CLARO - SP





108231-25

SETRA

**Paciente:** BENEDITO SILVA FILHO

**Data:** 07/04/2010

**Médico:** DR. MARCELO EDUARDO FERRARINI

**No. Exame:** 108231-25

**Idade:** 94

PSMI

**Proced.:** PSMI

### CT CRÂNIO

**Procedimento:** O estudo foi realizado com cortes axiais de 5 mm e 10 mm de espessura obtidos através da linha canto-meatal ao vértex do crânio, antes e após injeção endovenosa do meio de contraste.

#### Relatório:

Estruturas ósseas e fossa posterior sem anormalidades.

Septo pelúcido e glândula pineal na linha média.

Proeminência do sistema ventricular supra-tentorial proporcional aos sinais de redução volumétrica encefálica.

Observou-se proeminência dos sulcos entre os giros cerebrais, fissuras Sylvianas, cisternas da base e folia cerebelares.

Não há sinais sugestivos de processo expansivo intra ou extra-axial, desvios das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base.

Porções visibilizadas das cavidades aéreas paranasais com transparência habitual.

#### Opinião:

A tomografia computadorizada do encéfalo evidencia sinais de redução volumétrica infra e supratentorial e proeminência do sistema ventricular supra-tentorial proporcional aos sinais de redução volumétrica encefálica.

CEP

*Mauro T. Branco 22.04.10.*  
Confere com Original  
Fundação Municipal de Saúde  
Rio Claro

**Médico Emissor:**

CRM: 71822

DR. MAURO T. BRANCO

O VALOR PREDITIVO DE QUALQUER EXAME COMPLEMENTAR DE DIAGNÓSTICO DEPENDE DA ANÁLISE CONJUNTA DO SEU RESULTADO E DOS DADOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DO (A) PACIENTE

RUA 3 ESQUINA COM AVENIDA 19 TEL (19)3526-5040  
CEP 13500-313 RIO CLARO - SP