



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 Waldemar Marciano			DATA DE NASCIMENTO 05/08/1926	PROFISSÃO aposentado	ESTADO CIVIL viúvo	
SINISTRO DE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL		CAUSA <input type="checkbox"/> NATURAL <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> ACIDENTE		DATA ADMISSÃO 01/05/1953	ULTIMO DIA TRABALHADO	ULTIMO SALARIO
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
Lia Braz da Rocha		amiga		Rua 05, nº 207 - Jd. Araucária - Rio Claro		33
Rio Claro, 09 maio 2009 LOCAL E DATA Daniela Pahor CARIMBO E ASSINATURA DO ESTIPULANTE/EMPREGADOR (Carimbo de RH) 						
INFORMAÇÕES DO SEGURADO						
SEGURADO Waldemar Marciano			DATA DE NASCIMENTO 05/08/1926	PROFISSÃO aposentado	TELEFONE 3533-7799	
ENDEREÇO Rua 05 nº 207 - Jd. Araucária				CIDADE Rio Claro	UF SP	
DATA DO ACIDENTE	HORA	LOCAL DO ACIDENTE				
DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS						
TEVE INTERVENÇÃO POLICIAL?		QUAL?				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE OU SOCORRERAM O SEGURADO						
NOME			ENDEREÇO			
NOME			ENDEREÇO			
INFORMAÇÕES SOBRE O PRIMEIRO SOCORRO MÉDICO						
DATA 1º SOCORRO		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, 09 maio 2009			Lia Braz da Rosa			
LOCAL E DATA			ASSINATURA DO SEGURADO E/OU RESPONSÁVEL			

→ cidade

LARISSA V. ...
 NANCIO M. ...
 THAIANA G. ...
 RENATA LAUTENBACH ...
 Válido somente com o selo de

0868AA785011
 Autenticação
 Código de Verificação
 do Documento


MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
VALDEMAR MARCIANO

Data do Nascimento
05/08/26

N.º de Inscrição
240334998-49



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

779-9



POLEGAR DIREITO



MAIOR DE 65 ANOS
Valdemar Marciano
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1º TABELIÃO INFORZATO
 Jaqueline S. Soares
 Escrevente Autorizado

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO
 DE LETRAS E TÍTULOS DE RIO CLARO
 Rua 05, nº 855 - Rio Claro - SP
 Dr. Valdir José Inforzato
 TABELIÃO

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *Valdemar Marciano*
 VALDEMAR MARCIANO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Emitido em : 21/10/93

S E R P R O

1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO
 DE LETRAS E TÍTULOS DE RIO CLARO
 Rua 05, nº 855 - Rio Claro - SP
 Dr. Valdir José Inforzato
 TABELIÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 13.329.485-7 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/MAR/93

NOME VALDEMAR MARCIANO

FILIAÇÃO BENEDITO MARCIANO

E LAZARA DE MORAES

NATURALIDADE AMERICANA - SP DATA DE NASCIMENTO 05/AGO/1926

DDG ORIGEM RIO CLARO/SP MAIOR DE 65 ANOS

CPF CC:LV.851/FLS.134V/N.004800

ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI N.º 7.116 DE 29/08/83

1º TABELIÃO INFORZATO
 Jaqueline S. Soares
 Escrevente Autorizado

0868AA7850052009
 Autenticação
 Código de Verificação do Documento

LARISSA V. ...
 NANCIO M. ...
 THAIANA G. ...
 RENATA LAUTENBACH ...
 Válido somente com o selo de

Telecomunicações de São Paulo S.A. - TELESP

Rua Martiniano de Carvalho, 851 - Bela Vista
 São Paulo - SP - CEP:01321-001
 Inscrição Estadual 108.383.949.112 CNPJ/MF: 02.558.157/0001-62
 http://www.telefonica.com.br

NOTA FISCAL
 FATURA DE SERVIÇOS
 DE TELECOMUNICAÇÕES

Nº 11535-7.187.555/02/09-00001/00002
 Emissão 25/02/2009 Série: 1
 Regime Especial Proc. DRT 1-14397-90



12460 - 8

Local 11535
 Telefone 3524-6144 0 DV 0
 NRC 01084344359 Uso RESIDENCIAL
 Inscrição Estadual nº
 CNPJ / CPF Nº 240.334.998-49

CDD CIDADE AZUL /SPI
 WALDEMAR MARCIANO
 R CINCO 207
 13504-824 CJ HAB ARAUCARIA RIO CLARO - SP

Devolução Cx Postal 61015 SP
 05001-970 VENC 06/03/2009
 01084344359

Total da Fatura Vencimento Mês
 207,56 06/03/2009 02/2009

Reservado ao Fisco: 1F68.B5E3.9775.E4E6.D646.E334.F6C1.1040

Assinatura Mensal		Valor(R\$)	
001	PLANO BASICO 200 MIN 07/02/09 A 06/03/09		39,97
Subtotal			39,97
Outros Serviços		Valor(R\$)	
Descrição			
002	LN INTEL DETECTA 07/02/2009A06/03/2009		11,57
003	AUX. LISTA LIGACAO DIRETA 3526-7100 03/02/09 11H16M13		0,69
Subtotal			12,26
Créditos Concedidos		Valor(R\$)	
Descrição			
004	CR LINHA INTELIGENTE DETECTA		4,17CR
Subtotal			4,17CR
Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Normal		Valor(R\$)	
MINUTOS UTILIZADOS		36,1 MIN.	
UTILIZADOS VOZ		35,6 MIN.	
UTILIZADOS A COBRAR		0,5 MIN.	
Subtotal			0,00
Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Reduzido		Valor(R\$)	
MINUTOS UTILIZADOS		12,0 MIN.	
UTILIZADOS VOZ		12,0 MIN.	
Subtotal			0,00
Ligações para Celular		Valor(R\$)	
Data	Telefone	Localidade	Operad.
005	19/01/2009	8186-4524	AREA-19
006	21/01/2009	8186-4524	AREA-19
007	23/01/2009	8186-4524	AREA-19
008	02/02/2009	9759-1563	AREA-19
009	03/02/2009	9637-2881	AREA-19
010	03/02/2009	9637-2881	AREA-19
011	04/02/2009	9759-1563	AREA-19
012	09/02/2009	8224-4153	AREA-19
Subtotal			5,73
Chamadas de Longa Distância Nacional: Telefônica 15		Valor(R\$)	
Data	Telefone	Localidade	UF
013	23/01/2009	2662-8131	VILAR DOS TELES
014	29/01/2009	2757-0116	VILAR DOS TELES
015	31/01/2009	2757-0116	VILAR DOS TELES
016	01/02/2009	2757-0116	VILAR DOS TELES
017	02/02/2009	2127-5011	R DE JANEIRO
018	02/02/2009	2751-5889	VILAR DOS TELES
019	04/02/2009	2122-8800	CAMPINAS
020	06/02/2009	2757-0116	VILAR DOS TELES
021	11/02/2009	2757-0116	VILAR DOS TELES
022	12/02/2009	2757-0116	VILAR DOS TELES
Subtotal			27,99
Chamadas de Longa Distância Nacional Serviço Móvel Pessoal: Telefônica 15		Valor(R\$)	
Data	Telefone	Localidade	UF
023	23/01/2009	9263-0747	AREA-16 CLARO
024	02/02/2009	9218-5976	AREA-21 CLARO
Subtotal			16,56
Total Telefônica			98,34

ICMS - Telefônica: Base de cálculo: 90,25 Aliquota: 25% Valor do ICMS: 22,56

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES
 EMPRESA BRASILEIRA DE TELECOMUNICAÇÕES - EMBRATEL N. 1.667.837/02/09 - SÉRIE:A16
 Rua Aldo de Azevedo, 200 Lapa 05453-030 São Paulo EMISSÃO: 25/02/2009
 Inscrição Estadual 116.312.276.113 CNPJ/MF 33.530.486/0321-60

ICMS: Base de Cálculo: Aliquota: Valor do ICMS:

Colégio Notarial do Brasil - SP
 ARPEN SP
 TABELÃO DE NOTAS INFORZATO
 IN VALOR DE INFORZATO - TABELÃO
 Autentico a presente conforme o original a sua due fé.
 0868A
 Rio Claro SP
 1 MAR 2009
 2,00 pl ato
 LARISSA VIANI COVRE
 NANCY M. DE MATTIO
 THAIANA G. VARUZZA
 RENATA LAUTENSCHLAGER
 Válido somente com selo de autenticidade

1º TABELÃO INFORZATO
 Jaqueline S. Soares
 Escrevente Autorizado

PREFEITURA MUN DE RIO CLARO
RUA 3
Funcao:INATIVO AE-1

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALARIO

Admis:01/05/1953 Compet.: MARCO/2009

Codigo Nome	Local	Orgao	Folha
004395 WALDEMAR MARCIANO	622	19.01.02	1

Cod.	Descricao	Refer.	Vencimentos	Descontos
100	COMPLEMENTACAO		2.297,94	
426	ASSOC.FUNC.PUB.MUN. RIO CLARO			5,00
427	SOCIOS SINDICATOS TR PMRC	1,50		12,55
434	SEGURO DE VIDA GRUPO VERTCO			42,59
439	SIND. UNIMED			200,09

-Mensagem-

Tot.de Vencto	Tot.de Descto
2.297,94	260,23

Banco BANCO SANTANDER S/A Agen. RIO CLARO	C/C 000050701544	Vlr.Liquido ->	2.037,71
--	------------------	----------------	----------

Sal rio Base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
836,61	0,00	0,00	0,00	719,15



1º TABELIÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS

RIO CLARO - SP

COMARCA DE RIO CLARO - ESTADO DE SÃO PAULO

TABELIÃO: VALDIR JOSÉ INFORZATO

Fundado em 1951

Secção São Paulo
Filiado à UIINL

Livro 695, Fls. 347, 1º Traslado 4429.

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ: VALDEMAR MARCIANO.

Valdemar Marciano.doc

SAIBAM, todos quantos virem, este público instrumento de procuração, aos **24 (vinte e quatro)** dias do mês de **maio**, do ano de **dois mil e sete (2007)**, nesta cidade de Rio Claro-SP, no 1º Tabelião, com endereço na rua 05, nº 855, perante mim Tabelião, compareceu como **outorgante: VALDEMAR MARCIANO**, brasileiro, viúvo, aposentado, portador da cédula de identidade, RG nº 13.329.485-7-SSP-SP e inscrito no CPF/MF sob nº 240.334.998-49, domiciliado e residente na Avenida 40, nº 1.881, Jardim Bela Vista, nesta cidade de Rio Claro-SP; reconhecido como o próprio, pelos documentos exibidos, dou fé. E perante mim, pelo outorgante, foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui sua **procuradora: LÉIA BRAZ**, brasileira, casada, doméstica, portadora da cédula de identidade, RG nº 29.664.394-4-SSP-SP e inscrita no CPF/MF sob nº 088.741.307-24, domiciliada e residente na Avenida 5, nº 933, Bairro Cidade Claret, nesta cidade de Rio Claro-SP; a qual confere, os mais amplos, gerais e ilimitados poderes, para onde com esta se apresentar, gerir e administrar todos os negócios e haveres do outorgante, representado-o nos atos judiciais, ou não, que demandem a sua presença; especialmente para caucionar, apenhar, alugar, demarcar, gravar bens móveis, títulos, ações, créditos, direitos e outros, contrair empréstimos e dívidas, confessar estas, convencionar preços, quantum, prazos, juros, multas, foro, obrigações condições; receber preços, quantias mutuadas e outras que lhe forem devidas por qualquer título ou pessoa, dar recibo e quitação, promover averbações, cancelamentos, desligamentos em registros públicos; dar fiança e dinheiro a juro, fazer contratos, distratos, assinar documentos, depositar e levantar dinheiro em bancos, casas bancárias, caixas econômicas, abrir, movimentar e encerrar contas correntes e de poupança em todos os estabelecimentos de crédito, emitir sacar, endossar cheques para depósito, requisitar talões de cheques, solicitar saldos e extratos de contas correntes e de poupança, avalizar, caucionar, protestar cheques, letras, títulos, promissórias, requerer e assinar o que convier junto as Repartições Públicas, Federais, Estaduais, Municipais, Autarquias, Prefeitura Municipal de Rio Claro, Cartórios em geral, TELESP, TELEFONICA, DETRAN, Delegacias, Despachantes, fazer transferência de veículos, assinando recibos de venda, poderes ainda para receber todas as importâncias referente a benefícios do **INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL-INPS-INSS, PIS, PASEP**, complementações, em quaisquer agências bancárias, ou em lugar por este designado, inclusive fazer recadastramento e outros; poderes ainda para constituir advogados, conferindo-lhe os poderes da cláusula "**Ad-judicia**", para o foro em geral, em qualquer juízo, instancia ou tribunal, propor ações e segui-las ate o final, variar, desistir delas, defende-lo nas contrarias, recorrer, seguir recursos. Em fim praticar todos os atos necessários para o completo desempenho deste mandato. Assim o disse, dou fé. A pedido do outorgante, lavrei este instrumento o qual sendo lido em voz alta, em tudo achou conforme, outorgou, aceitou e assina dispensando a presença das testemunhas instrumentárias nos termos do artigo 24, secção II, capítulo XIV, das Normas de Serviços da Corregedoria Geral da Justiça, dou fé. Eu, * * **VALDIR JOSÉ INFORZATO**, Tabelião, escrevi e subscrevi. (a) **VALDEMAR MARCIANO**. Nada mais selos pagos pôr verba. Porto pôr fé que o presente traslado, é cópia do original, extraído do **livro 695, folhas 347**. Traslada a seguir, esta conforme. Eu, Tabelião, confiro, escrevi, subscrevi e assino em público e raso.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



União Internacional do Notariado Latino (Fundada em 1948)



08682602042817.000004429-0

P: 00448 R: 003429 F: 000931

VALIDO SOMENTE COMO TÍTULO DE AUTENTICIDADE
RUA 05, 855 CENTRO
RIO CLARO - SP - CEP: 13500-100
FONE/FAX: (19) 35242452
Tabelião
Valor Cobrado R\$ 2,00 por página

Rio Claro (SP) 7 MAR. 2009

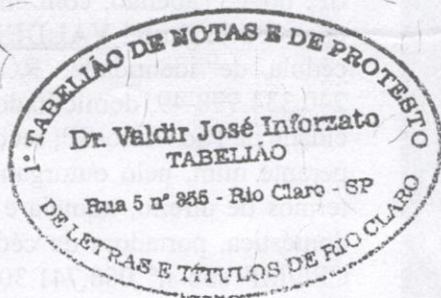




EM TESTO _____ DA VERDADE

DR. VALDIR JOSÉ INFORZATO
TABELIÃO

Ao Serv.	72,38
Estado	20,57
Ipesp	15,24
Reg. Civil	3,81
Trib. Justiça	3,81
Sta Casa	0,72
Total	116,53



3º TABELIÃO DE NOTAS
 Av. S nº 336-F: 3534-1416-Rio Claro-Sp
AUTENTICACÃO
 Autentico a presente cópia reprográfica conforme original a mim apresentado do que dou fé
 Rio Claro 17 MAR. 2009
 (SP)
 Pedro Bueno Martinez - Tabelião
 Valor Cobrado R\$ 2,00 por página



3º TABELIÃO DE NOTAS
 336 Tel. (19) 3334-1410
 RIO CLARO - SP
 Programa de Compras Leite Frigorífico
 ECREVENTE AUTORIZADA

ESCRITURA DE TESTAMENTO.

ValdemarMarciano.doc

LIVRO 702 FLS. 372 1º TRASLADO. (5764)

SAIBAM, todos quantos este público instrumento de Testamento virem, que aos **05 (cinco) dias do mês de outubro do ano de 2.007 (dois mil e sete)**, nesta cidade de Rio Claro, Estado de São Paulo, no meu Tabelionato, a rua 5, nº 855, perante mim Tabelião e as duas (2) testemunhas especialmente convocadas para este ato, ao final nomeadas, qualificadas e assinadas, de cuja identidade e capacidade jurídica, dou fé, compareceu, **como testador o Sr. VALDEMAR MARCIANO**, brasileiro, viúvo, aposentado, portador da cédula de identidade, RG nº 13.329.485-7-SSP-SP e inscrito no CPF/MF sob nº 240.334.998-49, domiciliado e residente na Avenida 40, nº 1.881, Jardim Bela Vista, neste Município e Comarca de Rio Claro, Estado de São Paulo, reconhecido como o próprio por mim, tabelião, e pelas mesmas testemunhas, e no uso e gozo de suas faculdades mentais, como se inferiu do acerto e segurança com que respondeu as perguntas que lhe foram feitas, do que de tudo, dou fé; e, pelo testador em voz alta e idioma nacional, perante as testemunhas, me foi dito que, de sua livre e espontânea vontade, sem sugestão, induzimento ou coação, resolvera fazer este seu testamento, revogatório de qualquer outro anterior, especialmente o lavrado nestas notas no livro 668, fls. 341, em 21/02/2005, pela forma seguinte **DISSE: "1)-** Que é filho legítimo de Benedito Marciano e de dona Lázara de Moraes, já falecidos; que nasceu na cidade de Americana-SP, neste Estado, no dia 05 de agosto de 1.926; **2)-** Que é viúvo, e não tem ascendentes e nem descendentes. **3)-** Que deixa todos os bens, quer imóveis, móveis, dinheiro, saldo em conta corrente ou poupança, e outros que houver, por ocasião de sua morte, para a Sra. **LÉIA BRAZ DA ROSA**, brasileira, casada, doméstica, portadora da cédula de identidade, RG nº 29.664.394-4-SSP-SP e inscrita no CPF/MF sob nº 088.741.307-24, domiciliada e residente na Rua 5, nº 207, Jardim Araucária, neste Município e Comarca de Rio Claro, Estado de São Paulo, a título de gratidão, pelos serviços, atenção e cuidados a ele dispensado. **4)-** Que o cargo de testamentário, deixa ao livre arbítrio do Meritíssimo Juiz de Direito desta Comarca de Rio Claro. **5)-** Que, pôr esta forma, tinha por feito este seu testamento, que dá por bom, firme e valioso, para valer por qualquer forma em direito, rogando às autoridades que o cumpram e façam cumprir no que nele se contem e declara". Assim o disse, do que dou fé; e me pediu este instrumento que lhe lavrei nas minhas notas, segundo me foi ditado pelo testador, perante as testemunhas, lendo-o em seguida, em voz alta, perante as testemunhas, achando-o ele, testador, segundo sua vontade e ditara, pelo que o aceita e assina com as testemunhas sempre presentes que são: **Clair Carina Leite Bellucio e Lilian Daniele Vieira de Brito Algarve**, brasileiras, casadas, maiores, cartorárias, desta e minhas conhecidas, dou fé. Porto por fazerem sido cumpridas as formalidades legais para os testamentos públicos conforme o artigo 1.864, Caput, do Código Civil Brasileiro. Foi apresentado pelo autorante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



União Internacional do Notariado Latino (Fundada em 1948)



08682602042817.000005764-3

P. 00448 R. 004764 F. 002269

RUA 05, 855 CENTRO
RIO CLARO SP CEP 13500-000
FONE FAX: 19-36212459

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUANTO À ADULTERAÇÃO, BASTA DUPLICAR E VALIDAR ESTE DOCUMENTO

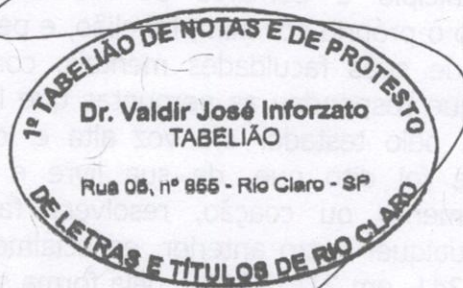
DE NOTAS
(19) 3534-1410
Leite Fragnan
AUTORIZADA
Autenticidade
0870AA4960001
17 MAR. 2009
Valor Cobrado R\$ 2,00 por página



atestado médico de prova de sanidade, o qual fica arquivado nestas notas, na pasta 05 sob nº 43. Eu, * * * * * **VALDIR JOSÉ INFORZATO**, Tabelião, o escrevi. (aa) **VALDEMAR MARCIANO. CLAIR CARINA LEITE BELLUCIO. LILIAN DANIELE VIEIRA DE BRITO ALGARVE**. Nada mais. Selado por verba. Porto por fé que o presente traslado é cópia do original, extraído do livro 702, folhas 372. Traslada a seguir, esta conforme. Eu, * * * * * Tabelião, conferi, subscrevi, e assino em público e raso.

EM TESTO DA VERDADE

**DR. VALDIR JOSÉ INFORZATO
TABELIÃO**



Ao serv.	R\$ 542,86
Estado	154,29
Ipesp	114,29
R. Civil	28,57
T. Just.	28,57
Apm	5,43
Registro	33,00
Total	907,00

3º TABELIÃO DE NOTAS
 Av. 3 nº 336-F: 3534-1416-Rio Claro-SP
AUTENTICAÇÃO
 Autenticada presente cópia reprográfica conforme original a mim apresentado do que dou fé.
 Rio Claro (SP) **17 MAR. 2009**
 Pedro Bruno Martinez - Tabelião
 Valor Cobrado R\$ 2,00 por página



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE
INTERDIÇÕES E TUTELAS DA SEDE
COMARCA DE RIO CLARO - ESTADO DE SÃO PAULO



Paulo Fernando Pires da Silveira
Oficial

Maurício Pereira Lima
Oficial Substituto

CERTIDÃO DE ÓBITO

CERTIFICO que, no livro C-0127 de registro de óbitos, às fls. 102V, sob número 000063024, consta que no dia seis de março de dois mil e nove, está registrado o óbito de **VALDEMAR MARCIANO**, falecido no dia dois de março de dois mil e nove (02/03/2009), às 10 horas e 05 minutos, no Hospital e Maternidade Unimed Rio Claro, Santa Cruz, Rio Claro, SP, do sexo masculino, profissão encarregado de serviço de obras aposentado, estado civil viúvo, com 82 anos de idade, natural de Americana - SP.

Filho de *Benedito Marciano* e de *Lazara de Moraes*.

O atestado de óbito firmado pelo Dr. Daniel M. Elias de Oliveira - CRM 109.270, que deu como causa morte: insuf. de múltiplos órgãos, cancer de prostata (morte natural).

O sepultamento foi realizado no cemitério São João Batista de Rio Claro, SP.

Foi declarante *Leia Braz da Rosa*.

OBSERVAÇÕES: O finado era viúvo de Maria Aparecida Marciano, com quem se casara em Rio Claro, SP aos 25/10/1947, era eleitor, deixa bens a inventariar e deixa testamento, não deixa filhos.

O referido é verdade e dou fé.

Rio Claro, 06 de março de 2009.

Certidão digitada por ACMJ

MAURICIO PEREIRA LIMA
OFICIAL SUBSTITUTO

PRIMEIRA VIA - ISENTA DE NOTAS

VÁLIDO SOMENTE COMO SEU
MEIO DE AUTENTICIDADE

Av. 3 nº 336-F. 3534-1416-Rio Claro-SP
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica conforme original a mim apresentado do que dou fé

Rio Claro 27 MAR. 2009
(SP)

Pedro B. V. Martinez - Tabelião
Valor Cobrado R\$ 2,00 por pagina



Rua 5, nº 540 - Centro - Rio Claro/SP - CEP: 13500-040 - Fone: (19) 3524-5070 - Fax: (19) 3524- crrioclaro@terra.com.br

1298G-63001-73000-0908

1298G - AA 066356

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE
INTERDIÇÕES E TUTELAS DA SEDE
COMARCA DE RIO CLARO - ESTADO DE SÃO PAULO



Paulo Fernando Pires da Silveira
Oficial

CERTIDÃO DE ÓBITO

CERTIFICO que, no livro C-116 de registro de óbitos, às fls. 094, sob número 000056429, consta que no dia dois de abril de dois mil e quatro, está registrado o óbito de MARIA APARECIDA MARCIANO, falecida no dia trinta e um de março de dois mil e quatro (31/03/2004), às 02 horas e 34 minutos, na Avenida 40 nº 1881, Jardim Bela Vista, Rio Claro, SP, do sexo feminino, profissão do lar, estado civil casada, com 76 anos de idade, natural de Rio Claro - SP.

Filha de *Jose Justino* e de *Benedita Justino*.

O atestado de óbito firmado pelo Dr. Marcelo Rocha Casagrande - CRM 95.897, que deu como causa morte: Causa Indeterminada Sem Sinais de Violência Externa.

O sepultamento foi realizado no cemitério São João Batista de Rio Claro, SP.

Foi declarante Valdemar Marciano.

OBSERVAÇÕES: A finada era casada com Valdemar Marciano em Rio Claro, SP aos 25/10/1947, era eleitora, deixa bens a inventariar sem deixar testamento e não deixa filhos.

O referido é verdade e dou fé.

RIO CLARO, 02 de abril de 2004.

Certidão digitada por ACMJ

Maurício Pereira Lima
MAURICIO PEREIRA LIMA
ESCREVENTE AUTORIZADO

PRIMEIRA VIA - ISENTA DE SELOS E ENLUMENTOS.

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
3º TABELIÃO DE NOTAS
Av. 3 nº 336-F: 3534-1416-Rio Claro
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica contra original a mihi, apresentado do que dou fé.
Rio Claro (SP) 17 MAR. 2009
Pedro Bueno Martinez
Pedro Bueno Martinez - Tabelião
Valor Cobrado R\$ 2,00 por página



Rua 5, nº 540 - Centro - Rio Claro/SP - CEP: 13500-040 - Fone: (19) 3524-5070 - Fax: (19) 3524-5020 - e-mail: crcrioclaro@terra.com.br

1298G-03001-08000-0104



1298G-AA 003344

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

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de mandato, Sra. **LEIA BRAZ DA ROSA**, brasileira, casada, portadora da Cédula de Identidade RG. nº 29.664.394-4-SSP/SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 088.741.307-24, residente cidade de Rio Claro, Estado de São Paulo, na Rua 05, nº 207, Jardim Araucária, CEP: 13500-000, nomeia e constitui sua bastante procuradora, a **Dra. CIRLENE LUSIA DOS SANTOS LIMA CATTAI**, devidamente inscrita na ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 220.978, com escritório na Rua 4, nº 241, Cidade Jardim, nesta cidade de Rio Claro/SP, a qual confere os mais amplos e gerais poderes da cláusula **"ad judicia et extra"**, para representá-la, em qualquer Juízo ou Grau de Jurisdição, perante quaisquer repartições e autoridades públicas federais, estaduais ou municipais, podendo ainda, receber e dar quitação, transigir, fazer acordos, firmar compromissos, desistir, praticar, impetrar mandado de segurança, enfim, todos os demais atos necessários para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, ESPECIALMENTE PARA REQUERER JUNTO A SEGURADORA AMERICAN LIFE SEGUROS DE VIDA, A INDENIZAÇÃO POR SINISTRO REFERENTE A MORTE DE SR. VALDEMAR MARCIANO, BEM COMO RECEBER O RESPECTIVO VALOR, SE EM CHEQUE, DESCONTÁ-LO, SE EM BANCO, LEVANTAR A IMPORTÂNCIA, E DAR A DEVIDA QUITAÇÃO.

Rio Claro/SP, 11 de Março de 2.009.

FIRMA

Leia Braz da Rosa
LEIA BRAZ DA ROSA



1º Tabelião de Notas - Valdir José Inforzato

Rua 05, 855 - Centro - Rio Claro - SP - Fone: (19) 3524-2452 - Cep 13500-000
www.cartorioinforzato.com.br

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) de,
LEIA BRAZ DA ROSA, Dou Fe. \$\$\$

Rio Claro-SP, 11 de Março 2009 14:12:59

Em Testo, _____ da verdade
Valido c/selo Aut Valor R\$7,60-JAQUELINE DA S. SO



ESTE TABELIONATO ESTÁ FILIADO
À CENTRAL DE SINAL PÚBLICO. CONSULTE-O
www.sinalpublico.org.br



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 29.664.394-4 DATA DE EXPENÇÃO 08/MAI/2007

NOME LÉIA BRAZ DA ROSA

FILIAÇÃO ANTONIO BRAZ FILHO

E MARIA JOSÉ CIPRIANO BRAZ

NATURALIDADE RIO CLARO -SP DATA DE NASCIMENTO 11/DEZ/1975

DOC ORIGEM RIO CLARO SP

CPF 08874130724

ASSINATURA DO DIRETOR

LEINº 7116 DE 29/09/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUERLETON DALINT

0779-9

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEIA BRAZ DA ROSA

1º TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO

Rua 05, nº 855 - Rio Claro SP

Dr. Valdir José Inforzato

1º TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO

Colo no cartão de Rio Claro SP

1º TABELIAO DE NOTAS INFORZATO

Autenticado a presente conforme o original e dou fé.

0868 74130724

Rio Claro SP

17 MAR. 2009

2,00 p/ ato

LARISSA VIVIANI COVRE

NANSI Q. M. DE MATTEO

THAIANA G. VARUZZA

RENATA LAUTENSCHLAEGER

Válido somente com selo de autenticidade

1º TABELIAO INFORZATO

Jaqueline S. Soares

Escrevente Autorizado

1º TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO

Rua 05, nº 855 - Rio Claro SP

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

1º TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO

Emissão

CORREIOS

www.correios.com.br

1º TABELIAO INFORZATO

Jaqueline S. Soares

Escrevente Autorizado

MINISTÉRIO DO TRABAHO

Serviço de Identificação Pessoal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 088.741.307-24

Nome LEIA BRAZ

Nascimento 11/12/1975

1º TABELIAO INFORZATO

Autenticado a presente conforme o original e dou fé.

0868 74130724

17 MAR. 2009

2,00 p/ ato

LARISSA VIVIANI COVRE

NANSI Q. M. DE MATTEO

THAIANA G. VARUZZA

RENATA LAUTENSCHLAEGER

Válido somente com selo de autenticidade

ELEKTRO

Eletricidade e Serviços S.A.

Rua Antenor de Souza, 321 - 13053-024
 Campinas - SP - CNPJ 02.328.280/0001-97
 Insc. Est. 244.868.522.118
 Av. Rosário Congo, 285 - 79600-030
 Três Lagoas - MS - CNPJ 02.328.280/0002-78
 Insc. Est. 28.304.126-9
www.elektro.com.br

Seu Código

17465290

LEIA BRAZ
 R 5 - JD ARAUCARIA, 207 -
 RIO CLARO - SP - CEP 13504824
 CNPJ/CPF 08874130724

Data Emissão: 26/02/2009
 Data da apresentação: 03/03/2009
 Controle N°: 01-20091141766244-24

Atendimento ao Cliente	Nº da Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica	Conta do Mês	Vencimento	Valor da Fatura (R\$)
0800 701 0102	001.068.879	FEVEREIRO/2009	10/03/2009	R\$ 115,82

Dados de Leitura e Consumo

Leitura atual em 26/02/2009	19466
Leitura anterior em 26/01/2009	19215
Consumo do mês (kWh)	251
Consumo Médio diário	8,37
Consumo Médio últimos 12 meses	210
Dias no período	30
Próxima Leitura	25/03/2009
Próximo Vencimento	07/04/2009

Dados de Cadastro

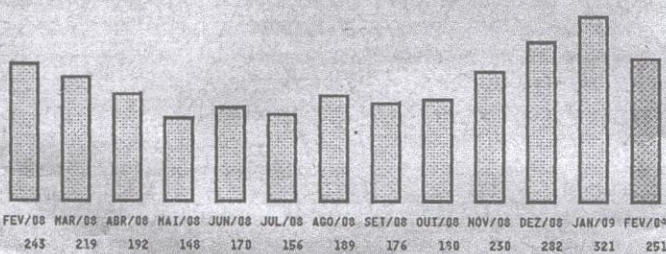
Número do Medidor	M10733008
Constante de Multiplicação	1
Tensão Nominal ou Contratada (V)	127
Limites adequados de Tensão (V)	116 a 132 / a
Classificação	RESIDENCIAL-MONOFASICO
Débito Automático Banco/Agência	

Dados de Faturamento

Energia / Tributos	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CONSUMO	251	0,32393	81,31
PIS / COFINS			5,55
VALOR DO ICMS			28,96
Subtotal 1			115,82

SPR 0059 026 01032009 0230 115,82R 20/42

Histórico de Consumo (kWh)



Demonstrativos Energia / Tributos

Descrição	Valor (R\$)
DISTRIBUICAO	37,35
ENC. SETORIAIS	6,86
GERACAO ENERGIA	27,16
TRANSMISSAO	9,94
TRIBUTOS	34,51
Soma Demonstrativo	115,82



TABELÃO INFORMZATO
 Jaqueline S. Soares
 Responsável Autorizado

Valor Total da Fatura

R\$ 115,82

Bases de Cálculo de Tributos

Descrição	Alíquota	Base de Cálculo	Valor (R\$)
ICMS	25,00%	115,82	28,96

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.

Já está disponível o atendimento para as pessoas com deficiência auditiva e de fala. O número do telefone é **0800 701 0155**. Para ser atendido é necessária a utilização de aparelho telefônico especial adaptado para essa finalidade.



Dados do Paciente

Prontuário.: 702781 WALDEMAR MARCIANO 0012.2714.001185.00-2
Endereço...: RUA 5, 207 Município: RIO CLARO
Bairro.....: ARAUCARIA Sexo: MAS Telefone.: 3524-6144
Nascido em.: 05/08/1926 82 Anos Est.Civil: VIÚVO
Empresa: S TR S PUB RC -ME3

Dados do Atendimento

Criação do atendimento: 01/03/2009 20:48:48 Acidente de Trabalho Sim Não
Chamado pelo Médico...: 01/03/2009 21:06:22
Liberado pelo Médico...: 02/03/2009 00:13:48

Atendente: fernandas

Para ser Preenchido Somente pelo Médico

Q.P.: paciente em fase terminal de ca de prostata com dificuldade para alimentar se

H.M.A.:

Exame Clínico:

PA: FC: FR: Tax:
Oroscopia:
Otoscopia:
ACV = Bulhas normofonéticas, ritmo regular
AR = MV Fisiológico, sem ruídos adventícios
AD = Abdômen flácido, indolor, DB negativo, Giordano negativo
Glasgow 7, sem déficit neurológico e sem sinais meningicos
Membros sem edema e perfusão simétrica

Pré-Consulta Enfermagem:

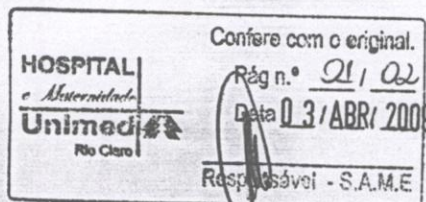
PA: 160/100
FC: 110
Temperatura: 35,2
Saturação OX: 95%
Observação: cliente veio de ambulância
família relata sem estímulos

Diagnóstico: ca de prostata

CID 10 0

Conduta / Tratamento:

sne
* Solicitados exames de RX: Tórax 2 poses controle de sne
Dextro=89mg/dl



Dr. Moacir Rodrigues Jr
Box 2 - CRM: 00073247-1

Médico (Carimbo e Assinatura)

SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO HOSPITAL UNIMED

Paciente: **WALDEMAR MARCIANO**

Idade: **82 anos**

Exame Nº: **23910**

Solicitante: **Dr. MOACIR RODRIGUES JR**

Data: **01/03/2009**

Atendimento: **701339**

EXAMES

- TÓRAX 2 POSES

Espondilo artrose dorsal.

Sonda de Duboff bem posicionada.

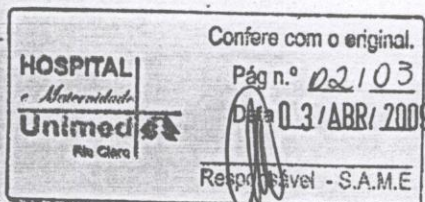
Aorta alongada e tortuosa.

Area cardíaca e vasculatura pulmonar normais.

Opacidade com densidade de partes moles nas bases pulmonares bilateral.

Obliteração do seio costo frênico esquerdo.

I.D.: Pneumonia bilateral.



Dr. Carlos Palludetti Jr.
CRM: 46299-7

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Pelo presente, LEIA BRAZ DA ROSA, portador (a) do documento de identificação nº 296643944, CPF nº 8874130724, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil Casado, residente e domiciliado na O MESMO DO PACIENTE, Bairro _____, no Município de RIO CLARO, Estado de SP, telefone: 3524-6144, assumo inteira responsabilidade pela internação do (a) paciente: WALDEMAR MARCIANO, portador (a) do documento 133294857, CPF nº 24033499849, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil Casado, residente e domiciliado na RUA 5, 207, Bairro ARAUCARIA, no Município de RIO CLARO, Estado de SP, telefone 35246144, no Hospital UNIMED (Unidade I: Av. 16, 1277 - Sta. Cruz - Rio Claro - SP / Unidade II: Rua 8, 2066 - Santana - Rio Claro - SP).

Declaro para os devidos fins que o presente termo tem como objetivo a prestação de serviços médicos e hospitalares nas dependências de um dos Hospitais acima especificado, ficando desde já o Hospital autorizado a executar todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, que sejam indicados por médico assistente ou pelos demais profissionais e/ou prestadores de serviços que venham a participar do atendimento e que se façam necessários e indispensáveis a salvaguarda da vida do paciente, até a sua efetiva alta hospitalar ou remoção para outra cidade.

Declaro estar ciente de que a condição de CLIENTE PARTICULAR se caracteriza a partir da entrada do(a) paciente no Hospital (atendimento no PRONTO-ATENDIMENTO 24 Horas, atendimento ambulatorial ou Internações de qualquer natureza), devendo ser efetuado um depósito de imediato junto à Tesouraria do Hospital, onde se dará o acerto final das despesas decorrentes do atendimento realizado que deverá ser feito na data da alta ou da transferência do paciente.

Ainda na condição de CLIENTE PARTICULAR, declaro para todos os efeitos legais e de direito que assumo perante o Hospital UNIMED de Rio Claro (SP), plena e total responsabilidade na condição de devedor solidário e principal pagador referente a depósitos prévios solicitados pelas despesas referentes ao tratamento médico/hospitalar, além de despesas de serviços prestados, materiais e medicamentos fornecidos pelo Hospital e/ou por terceiros (fornecedores), necessários ao tratamento do (a) paciente acima identificado (a) e conforme prescrição médica.

Declaro estar ciente e concorde em responder como devedor solidário e principal pagador dos débitos gerados mesmo de internações decorrentes de plano de saúde (UNIMED, planos de auto gestão e outros), quando elas não forem cobertas total ou parcialmente pelo plano de saúde credenciado neste Hospital, como nos casos de carência ou procedimentos não cobertos, devendo o pagamento ser efetuado na tesouraria do Hospital na data da alta ou da transferência do paciente.

Declaro ainda, estar ciente de que a responsabilidade ora assumida é sem prazo determinado, vigorando portanto, até o final de todas as despesas a serem havidas, e que no caso de mora o montante do débito será reajustado pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), acrescidos de juros de 1% ao mês, além de multa de 2%, sobre o valor principal, e na hipótese de eventuais medidas judiciais ou extrajudiciais, a parte vencida arcará com os custos do atendimento realizado, além dos honorários advocatícios acrescidos de 20% sobre o valor da condenação ou débito, e mais cominações legais de estilo, quando se tratar de INTERNAÇÃO PARTICULAR.

	Confere com o original.
	Pág. n.º <u>03104</u> Data <u>3 ABR. 2009</u> Responsável - S.A.M.E

HOSPITAL

e Maternidade

Unimed

Rio Claro

UNIMED DE RIO CLARO (SP) - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
Hospital Unidade I: Av. 16 nº 1.277 - Santa Cruz - CEP 13.500-480 - Rio Claro (SP)
CNPJ - 44.663.631/0005-90 / Fone: (19) 3522-7000
Hospital Unidade II: Rua 8 nº 2.066 - Santana - CEP 13.500-210 - Rio Claro (SP)
CNPJ - 44.663.631/0004-09 / Fone: (19) 3522-7100
E-Mail: hospital@unimedrc.com.br

Declaro ter pleno conhecimento de que o Hospital UNIMED - Unidade I e II, não é conveniado aos SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, sendo que, no caso de descumprimento das obrigações ora assumidas, autorizo desde já a transferência do paciente para Hospital credenciado a rede pública, sendo inclusive, de minha inteira responsabilidade a obtenção da vaga em outro serviço, bem como as despesas apuradas até a remoção.

Declaro também estar ciente do teor da Tabela de Preços vigente nesta data, cuja cópia se encontra à disposição na Tesouraria do Hospital UNIMED, para consulta sempre que eu assim desejar, bem como de ter recebido, neste ato, cópia do REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL, estando de acordo e me comprometendo a cumprir os seus termos.

Declaro estar ciente de que a referida Tabela de Preços poderá sofrer alterações durante o período de internação, sendo que o montante a ser cobrado pelo Hospital corresponderá ao constante da tabela no dia da realização do procedimento.

Declaro que me foi amplamente explicado que o Hospital UNIMED - Unidades I e II, não se responsabiliza por valores, objetos pessoais, próteses de todos os tipos (dentárias, aparelhos auditivos, etc.) e demais pertences levados pelo paciente e/ou acompanhantes, em qualquer de suas dependências, já que o Hospital não disponibiliza de cofre para a devida guarda dos objetos.

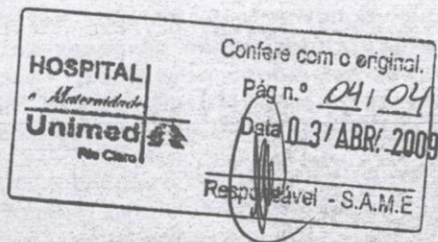
Neste ato, renuncio expressamente a faculdade de pedir exoneração da fiança e ao benefício da ordem, estes previstos no Código Civil, podendo, o Hospital UNIMED - Unidade I e II, cobrar diretamente e somente de mim o montante devido.

Ciente e concordando com os termos acima, firmo o presente documento em três vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas para que produza os efeitos legais de direito.

Rio Claro, 01 de março de 2009.

Leis Bury da Rosa

NOME E ASSINATURA



TESTEMUNHAS:

1º) *Fernanda Silvestre L. Claro*

Nome: Fernanda Silvestre L. Claro
RG nº 354949548

2º) *Daniele Cristina Damm*

Nome: Daniele Cristina Damm
RG nº 272547844

1º via - Faturamento 2º via - Recepção 3º via - Cliente

HOSPITAL
e Maternidade

Unimed 
Rio Claro

UNIMED RIO CLARO SP COOP. DE TRABALHO MÉDICO

Av. 16 nº 1277 - Santa Cruz - Rio Claro(SP) - Cep 13.500-480
Fone/Fax (19) 3522-7000
C.N.P.J. 44 663.631/0005-90

COMUNICADO DE ALTA *Obito*

Prontuario: 702781

Atendimento: 701374

NOME DO PACIENTE: WALDEMAR MARCIANO

Nascto: 05/08/26 82 anos Masc - 012.2714.001185.00-2

APARTAMENTO: Quarto 20 A - Dr. Daniel Marcio Elias de Oliveira

DATA: 02/03/09 HORA: _____ h

Suzana

ENFERMEIRO (A) RESPONSÁVEL

MOD. 53

Confere com o original.

HOSPITAL e Maternidade Unimed Rio Claro	Pág n.º 01/02 Data 03/ABR/2009 Responsável - S.A.M.E
---	--



HOSPITAL UNIMED DE RIO CLARO

PACIENTE INTERNADO

Nº 701374



Dados do Paciente *OLIVEIRA*

Prontuário.: 702781 WALDEMAR MARCIANO 0012.2714.001185.00-2
 Endereço...: RUA 5, 207 Município: RIO CLARO
 Bairro.....: ARAUCARIA Sexo: MAS Telefone.: 3524-6144
 Nascido em.: 05/08/1926 82 Anos Est.Civil: VIÚVO

Dados do Atendimento

Data do Atend.: 01/03/2009 23:23:07 Tipo Tratamento Cirúrgico Clínico Ambulatorial
 00109270-0 DANIEL MARCIO ELIAS DE OLIVEIRA Acidente de Trabalho Sim Não
Leic Braz da Rosa Operador: DENIZE
 Assinatura do Paciente ou Responsável Visto Atendente

Para ser preenchido somente pelo Médico

01 - Queixa e Duração: *Dor de dente, disnutrição*
 02 - Antecedentes Pessoais e Familiares: *Faamnt e 1 ca protético faringea*
 03 - Exame Físico / Clínico: *Dor de dente e disnutrição*
 04 - Diagnóstico: *Dor de dente e ca protético faringea*
 05 - Exames Solicitados: */*

Tratamento: *Trat Clínico*

Confira com o original.

HOSPITAL	Pág n.º 02103
Maternidade	Data 03/ABR/2009
Unimed	Responsável - S.A.M.E
Rio Claro	

CONDIÇÕES DE ALTA

DATA *02/03/09* HORA: *10* h *05*

Por: () Melhorando () Curado () Inalterado () Piorado
 () Decisão Médica () Pedido () Indisciplina () Transferência

ÓBITO

Às *10* h *05* Médico Constatante: *Insuf. de múltiplos órgãos*
 Causa Mortis: *Demências de origem* Data *02/03/09*

00109270-0
 DANIEL MARCIO ELIAS DE OLIVEIRA
[Signature]
 Médico Responsável

Visto Unimed _____
 Data */ /*

OUTROS MÉDICOS PARTICIPANTES - ASSINAR NO VERSO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente, LEIA BRAZ DA ROSA, portador (a) do documento de identificação nº 296643944, CPF nº 8874130724, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil Casado, residente e domiciliado na O MESMO DO PACIENTE, Bairro _____, no Município de RIO CLARO, Estado de SP, telefone: 3524-6144, assumo inteira responsabilidade pela internação do (a) paciente: WALDEMAR MARCIANO, portador (a) do documento 133294857, CPF nº 24033499849, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil Viuvo, residente e domiciliado na RUA 5, 207, Bairro ARAUCARIA, no Município de RIO CLARO, Estado de SP, telefone 3524-6144, no Hospital UNIMED (Unidade I: Av. 16, 1277 - Sta. Cruz - Rio Claro - SP / Unidade II: Rua 8, 2066 - Santana - Rio Claro - SP).

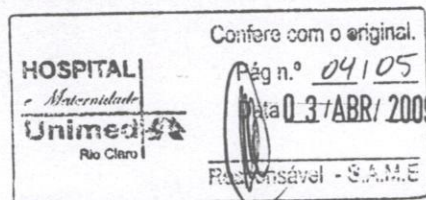
Declaro para os devidos fins que o presente termo tem como objetivo a prestação de serviços médicos e hospitalares nas dependências de um dos Hospitais acima especificado, ficando desde já o Hospital autorizado a executar todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, que sejam indicados por médico assistente ou pelos demais profissionais e/ou prestadores de serviços que venham a participar do atendimento e que se façam necessários e indispensáveis a salvaguarda da vida do paciente, até a sua efetiva alta hospitalar ou remoção para outra cidade.

Declaro estar ciente de que a condição de CLIENTE PARTICULAR se caracteriza a partir da entrada do(a) paciente no Hospital (atendimento no PRONTO-ATENDIMENTO 24 Horas, atendimento ambulatorial ou Internações de qualquer natureza), devendo ser efetuado um depósito de imediato junto à Tesouraria do Hospital, onde se dará o acerto final das despesas decorrentes do atendimento realizado que deverá ser feito na data da alta ou da transferência do paciente.

Ainda na condição de CLIENTE PARTICULAR, declaro para todos os efeitos legais e de direito que assumo perante o Hospital UNIMED de Rio Claro (SP), plena e total responsabilidade na condição de devedor solidário e principal pagador referente a depósitos prévios solicitados pelas despesas referentes ao tratamento médico/hospitalar, além de despesas de serviços prestados, materiais e medicamentos fornecidos pelo Hospital e/ou por terceiros (fornecedores), necessários ao tratamento do (a) paciente acima identificado (a) e conforme prescrição médica.

Declaro estar ciente e concorde em responder como devedor solidário e principal pagador dos débitos gerados mesmo de internações decorrentes de plano de saúde (UNIMED, planos de auto gestão e outros), quando elas não forem cobertas total ou parcialmente pelo plano de saúde credenciado neste Hospital, como nos casos de carência ou procedimentos não cobertos, devendo o pagamento ser efetuado na tesouraria do Hospital na data da alta ou da transferência do paciente.

Declaro ainda, estar ciente de que a responsabilidade ora assumida é sem prazo determinado, vigorando portanto, até o final de todas as despesas a serem havidas, e que no caso de mora o montante do débito será reajustado pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), acrescidos de juros de 1% ao mês, além de multa de 2%, sobre o valor principal, e na hipótese de eventuais medidas judiciais ou extrajudiciais, a parte vencida arcará com os custos do atendimento realizado, além dos honorários advocatícios acrescidos de 20% sobre o valor da condenação ou débito, e mais cominações legais de estilo, quando se tratar de INTERNAÇÃO PARTICULAR.



Declaro ter pleno conhecimento de que o Hospital UNIMED - Unidade I e II, não é conveniado aos SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, sendo que, no caso de descumprimento das obrigações ora assumidas, autorizo desde já a transferência do paciente para Hospital credenciado a rede pública, sendo inclusive, de minha inteira responsabilidade a obtenção da vaga em outro serviço, bem como as despesas apuradas até a remoção.

Declaro também estar ciente do teor da Tabela de Preços vigente nesta data, cuja cópia se encontra à disposição na Tesouraria do Hospital UNIMED, para consulta sempre que eu assim desejar, bem como de ter recebido, neste ato, cópia do REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL, estando de acordo e me comprometendo a cumprir os seus termos.

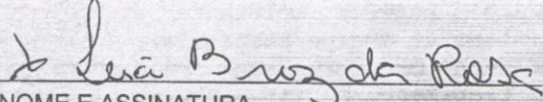
Declaro estar ciente de que a referida Tabela de Preços poderá sofrer alterações durante o período de internação, sendo que o montante a ser cobrado pelo Hospital corresponderá ao constante da tabela no dia da realização do procedimento.

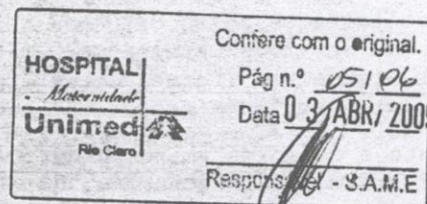
Declaro que me foi amplamente explicado que o Hospital UNIMED - Unidades I e II, não se responsabiliza por valores, objetos pessoais, próteses de todos os tipos (dentárias, aparelhos auditivos, etc.) e demais pertences levados pelo paciente e/ou acompanhantes, em qualquer de suas dependências, já que o Hospital não disponibiliza de cofre para a devida guarda dos objetos.

Neste ato, renuncio expressamente a faculdade de pedir exoneração da fiança e ao benefício da ordem, estes previstos no Código Civil, podendo, o Hospital UNIMED - Unidade I e II, cobrar diretamente e somente de mim o montante devido.

Ciente e concordando com os termos acima, firmo o presente documento em três vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas para que produza os efeitos legais de direito.

Rio Claro, 01 de março de 2009.


NOME E ASSINATURA



TESTEMUNHAS:

1º) _____
Nome: Denize Ap. Almeida S. de Arruda
RG nº 16389965

2º) _____
Nome: Fernanda Silvestre L. Claro
RG nº 354949548

Nome: waldemar mariano
Convênio: unimed
Hospital: unimed I
Médico: Dr.(a) Daniel

Sexo: MASCULINO
Idade: -
Data: 02/03/2009
Quarto: 20-A

BIOQUÍMICA

(04:00 hr)

	Valores de Referência
- GLICOSE..... <u>99,0</u>mg/dL	70 - 99 mg/dL
- URÉIA..... <u>3,8</u>mg/dL	15 - 45 mg/dL
- CREATININA..... <u>3,8</u>mg/dL	0,4 - 1,4 mg/dL
- ÁCIDO ÚRICO..... <u>126,0</u>mg/dL	Homem: 3,5 - 7,2 Mulher: 2,6 - 6,0 mg/dL
- IÓDIO..... <u>5,5</u>mg/dL	137 - 148 mg/dL
- POTÁSSIO..... <u>5,5</u>mg/dL	3,6 - 5,3 mg/dL
- CÁLCIO..... <u>5,5</u>mg/dL	8,5 - 10,4 mg/dL
- CLORO..... <u>5,5</u>mEq/mL	90,0 - 111,0 mEq/mL
- AMILASE..... <u>5,5</u>mg/dL	(confirmados) 25,0 - 125,0 U/L
- FOSFATASE ALCALINA..... <u>5,5</u>U/L	Crianças: 180 - 1200 Adultos: 100 - 290 U/L
- TGO..... <u>5,5</u>U.R.F	Homem: até 37,0 Mulher: até 31,0 U.R.F.
- TGP..... <u>5,5</u>U.R.F	Homem: até 42,0 Mulher: até 32,0 U.R.F.
- GGT..... <u>5,5</u>U/L	Homem: até 55,0 Mulher: até 38,0 U/L
- MAGNÉSIO..... <u>5,5</u>mg/dL	1,9 - 2,5 mg/dL
- FÓSFORO..... <u>5,5</u>mg/dL	Adultos: 3,0 - 4,5 Crianças: 4,0 - 6,5 mg/dL
- COLESTEROL..... <u>5,5</u>mg/dL	Menor que 200 mg/dL
- TRIGLICÉRIDES..... <u>5,5</u>mg/dL	Menor que 200 mg/dL
- HDL..... <u>5,5</u>mg/dL	Desejável acima de 35,0 mg/dL
- LDL..... <u>5,5</u>mg/dL	Desejável até 129,0 mg/dL
- VLDL..... <u>5,5</u>mg/dL	Até 50,0 mg/dL
PROTEÍNAS TOTAIS E FRACÇÕES	
- PROTEÍNA TOTAL..... <u>5,5</u>mg/dL	6,4 - 8,3 mg/dL
- ALBUMINA..... <u>5,5</u>mg/dL	3,5 - 5,0 mg/dL
- GLOBULINA..... <u>5,5</u>mg/dL	1,0 - 3,0 mg/dL
- RA/G..... <u>5,5</u>mg/dL	1,5 - 2,5 mg/dL
BILIRUBINAS	
- BIL. TOTAL..... <u>5,5</u>mg/dL	Até 1,1 mg/dL
- BIL. DIRETA..... <u>5,5</u>mg/dL	Até 0,25 mg/dL
- BIL. INDIRETA..... <u>5,5</u>mg/dL	Até 0,8 mg/dL
- TP..... <u>5,5</u>segundos	Maior que 75%
- AP..... <u>5,5</u>%	
- IR..... <u>5,5</u>%	
- CPK TOTAL..... <u>5,5</u>U/L	Homem: 24 - 195 U/L Mulher: 24 - 170 U/L
- CKMB..... <u>5,5</u>U/L	0 - 25 U/L
- LDH..... <u>5,5</u>U/L	Adultos: 225 - 450

Gisela A. Pantoja Huppert
CRBM 3873

Confere com o original.
HOSPITAL: Maternidade Unimed
Pág n.º 07/08
Data 03/ABR/2009
Responsável - S.A.M.E

(01:00 hr)

HEMOGRAMA COMPLETO

Série Vermelha

HEMOGLOBINA.....	10,3
HEMATÓCRITO.....	31,1
ERITRÓCITOS.....	3,9
CHCM.....	31,7
HCM.....	26,4
VCM.....	79,4
PLAQUETAS.....	146.000

Valores de Referência

HOMENS	MULHERES
13,0 a 19,0	11,0 a 18,0
36 a 52%	35 a 46%
4,5 a 6,0	4,2 a 5,4
32,0	36,0
27,0	31,0
82,0	94,0
160.000	a 560.000 mm ³

COMENTÁRIOS:

Hipocromia / Anisocitose com alguns poiquilócitos.

Série Branca

LEUCÓCITOS.....	4.000
MIELOCITOS.....	-
METAMIELOCITOS.....	-
BASTONETES.....	04 - 280
SEGMENTADOS.....	52 - 2080
EOSINÓFILOS.....	01 - 40
BASÓFILOS.....	-
LINFÓCITOS.....	36 - 1440
MONÓCITOS.....	04 - 160

PERCENTUAL

05 a 10 mil/mm³

0 a 0

0 a 1

3 a 6

47 a 67

1 a 4

0,0 a 0,5

20 a 30

4 a 8

TOTAL / mm³

01 a 100

150 a 600

2900 a 6500

50 a 400

0 a 50

1000 a 3000

200 a 800

Gisele A. Pantoja Huppert
Biomédica
CRBM 3873

COMENTÁRIOS:

Granulacoes tóxicas finas presentes e frequentes em alguns neutrófilos / não observadas anormalidades morfológicas / raras formas linfocitárias atípicas / leucopenia

Confere com o original.

HOSPITAL
Maternidade
Unimed
Rio Claro

Pág n.º 08/09
Data 03/ABR/2009

Responsável - S.A.M.E

CONTROLE SINAIS VITAIS E HIDRICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Plantão Volume 23:50 h. Cliente admitido no setor para tratamento clínico, não comunicou fúria, hipotensão, SNE, ocasionado desmbridade, diurese e vasodilatação ausente.

10:40 h. Cliente torporoso, responde à estímulos dolorosos, gregente desidratado, punção de AVP em MSD p/ vasotomia, colerado difusa em SNE, psamado, diurese ausente.

Kerem R. S. Joaquim
Técnico de Enfermagem
COREN 07298106

03:50 - Cliente apresenta PA e Pulso e respiração e diurese, com um exame de urina (PA) que veio aos 10:00. Exame de urina e solicitação de exames de urina + cultura + antibiograma + sequele com resultados da infecção - ~~antibiótico~~

HORA	PA	FC	TEMP.	F. RESP.	DIURESE	SNG	DRENO	B.C.F.
08	80/50	60	36°C	-	-	-	-	-
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
01	80/50	56	35,5	-	-	-	-	-
02								
03								
04								
05								
06								

PROCEDIMENTOS	INSERÇÃO	TROCA	EQUIPAMENTO	TEMPO USO
INTRACATH			Monitor	
JELCO			Oxímetro	
CATÉTER UNITÁRIO			Bomba Infusão	
DRENO				
EQUIPO				

HOSPITAL Municipal Unimed No. 09/10
Data 03/ABR/2009
Responsável - S.A.M.E.
Confere com o original.

Prontuário: 702781

Atendimento: 701374

WALDEMAR MARCIANO

HOSPITAL Unimed Rio Claro

Nascto: 05/08/26 82 anos Masc - 012.2714.001185.00-2
Quarto 20 A - Dr. Daniel Marcelo Elias de Oliveira
EVULUÁU CLÍNICA

C. CUSTO O/LEITO JOA
CONVENIO

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Nº

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

CURATIVO

02/03

Paciente em melh. estado geral, disclético, amibicos e CA de prostate, Ad. Axila - N156, distantes (4 D. p. Ap. na lamp. r. AD TO) cto. N. A. hipocoro. de 6/64, SA

① SNT - Amidite plus HN
1FR - 100ml yomulh

①

AGULHA 40

② SF 99, 100ml Bacti E/S

②

②

AGULHA 30

③ Miasina dios

③

③

AGULHA 15

④

SIN

SIN

ABOCATH

⑤

Atenção das Comar

Atenção

ABOCATH

At. r. B. S. S. T. P. S.

Dr. Daniel M. E. de Oliveira
Médico
CRM 109270

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 1

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 2

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 3

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 4

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 5

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 1

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 2

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 3

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 4

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

At. r. B. S. S. T. P. S.

SERINGA 5

Confere com o original.
Pág n.º 12/12
Data 03/ABR/2009
Responável - S.A.M.E.

HOSPITAL Unimed Rio Claro

Dr. Daniel M. E. de Oliveira
Médico
CRM 109270

Dr. Daniel Marcelo Elias de Oliveira
Clín. Médica - Infectologista
CRM - 109.270

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE SINAIS VITAIS E HÍDRICO

PM (A. Day) cliente em tratamento clínico. Inconsciência, acordado, n. contractura (elb) digp, examaado. Monitor 7VP em MS-D; nebulização contínua, 7 tentas banho no leito. Auscult. pulmão e sacurção auscult. Ser. Monitor SVE com dulta em BT. - Sugua. 432/108
 PM (D. 00 m) cliente apresenta parada do cardio. resuscitatio comunicado da Daniel. estado do drito pelo (p) mesmo - Sugua. 432/108
 Ser. situado AP, SVE e encaminhado p/ reviduo - Sugua. 432/108

HORA	PA	FC	TEMP.	F. RESP.	DIURSE	SNG	DRENO	B.C.F.	Observações
08	60/30	-	35	-	-	-	-	-	Keven
09	-	84	35	15	-	-	-	-	Sugua
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
01									
02									
03									
04									
05									
06									

HOSPITAL Unimed - São Paulo
 R. C. 112
 Data: 03/ABR/2009
 Referência: S.A.M.E.
 Confirme com o original.

PROCEDIMENTOS	INSERÇÃO	TRÓCA	EQUIPAMENTO	TEMPO USO
INTRACATH			Monitor	
JELCO			Oxímetro	
CATETER UNITÁRIO			Bomba Infusão	
DRENO				
EQUIPO				