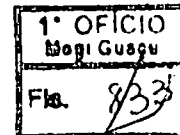


PLANILHA DE DISCRIMINAÇÃO DE CÁLCULO



Requerente: **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU**

Requerida: **NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A**

Vítima: **DAYRA CRISTINA SANDRI BARBOSA**

Data do Cálculo: 18.08.2008

Valor da Indenização Pleiteada em 02.06.2008: R\$ 1.254,20

Valor Parcialmente Quitado em 13.06.2008: R\$ 530,13

Diferença Valor Devido e Recebido: R\$ 1.254,20 – R\$ 530,13 = R\$ 724,07

Correção Monetária a partir de 03.07.2008 (31º dia subsequente à entrega da documentação):

Fator do mês do termo inicial: 39,025474

Fator do mês do termo final: 39,251821

R\$ 724,07 -:- 39,025474 x 39,251821 = R\$ 728,27

Valor Corrigido: R\$ 728,27

Taxa de Juros de 1% ao mês contados a partir de 03.07.2008

Valor Principal

Data de Vencimento

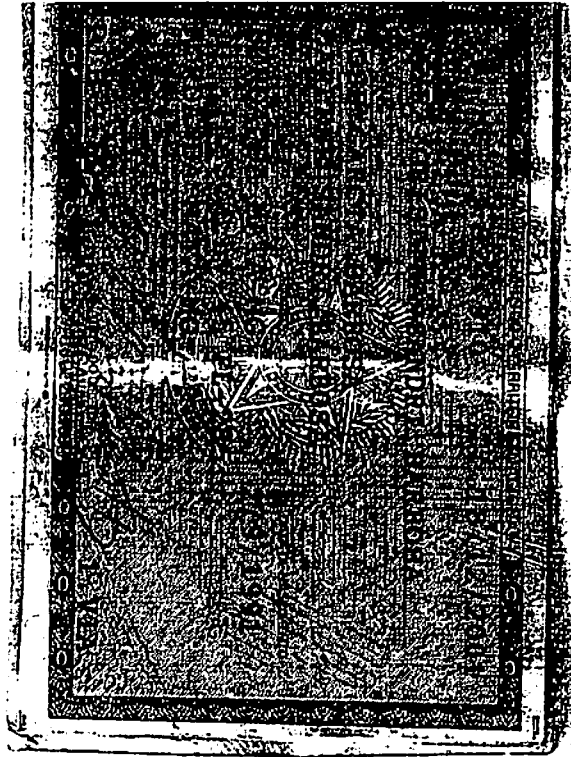
Valor Atualizado

R\$ 728,27

03.07.2008

R\$ 739,44

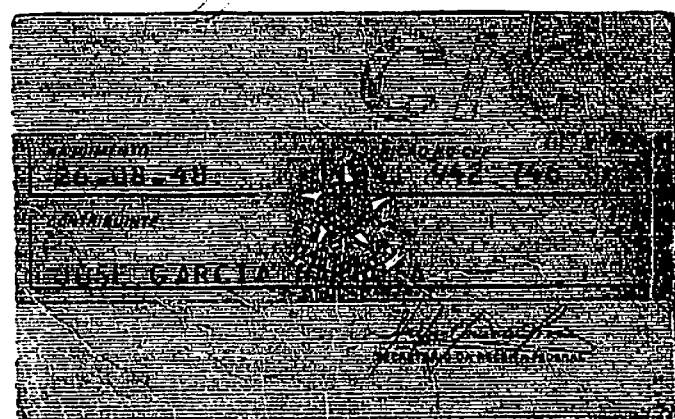
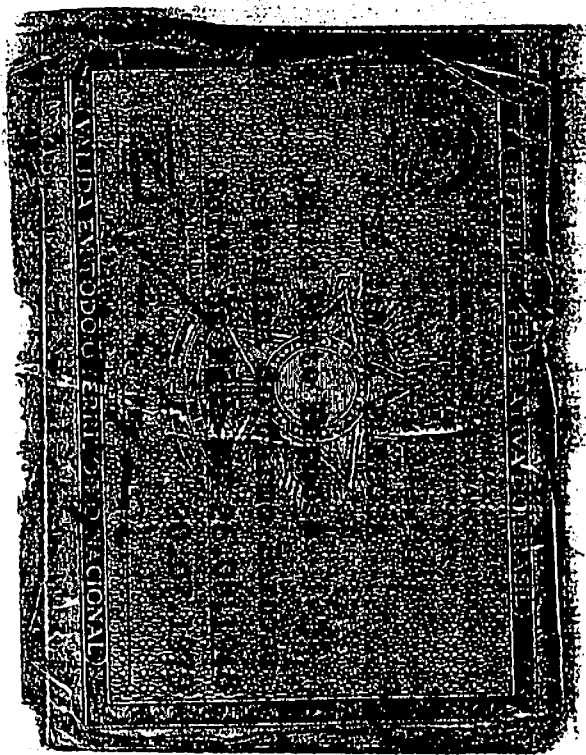
Valor total atualizado até o dia 18.08.2008: **R\$ 739,44 (SETECENTOS E TRINTA E NOVE REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS)**



OFICIO
Fle. 854

854

my



ELEKTRO

NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA/ELETRICA

Destinatário: 13011
PEDROZ/ OPEA
AV. LOTA EXEBA-05
MOGI-GUAÇU-SP
13845-430

Central de Atendimento ao Cliente
www.elektro.com.br
0800 701.0102
Tudo o que é elétrico

Série: 6837/49

Informações de Entrega:
Local: BOM LINDO
Medida: 110V/120V
83 07 005128-2381 M13781035 08/12/2009

OFÍCIO
MOGI-GUAÇU
Fls. 855

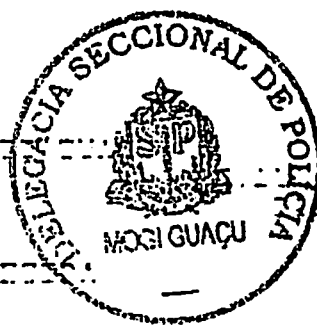
1º OFÍCIO
MOGI-GUAÇU
Fls. 835

Ministério da Fazenda
CPF
Receta Federal

402.751.908-62

DAYRA CRISTINA SANDRI BARGOSA

02/09/1991



1º OFÍCIO
Mogi Guaçu
Fla. 836

MOGI GUAÇU
Fla. 856

CERTIDÃO

Certifico que a presente cópia confere
com o original
Mogi Guaçu, ____ de ____ de ____

Mogi Guaçu

INTERVENIENTES: _____

1º OFÍCIO
Mogi Guaçu
Fls. 857

1º OFÍCIO
Mogi Guaçu
Fls. 857

13

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



CERTIDÃO

Certifico que a cópia anexa é verdadeira e
conferida com a original
Mogi Guaçu.

[Handwritten signature]



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Mogi Guaçu

Rua Chico de Paula, 608 - Caixa Postal 122 - Fone (19) 3861.1313 - Fax: (19) 3861.4937
Bairro Centro - CEP 13.840-000 - MOGI GUAÇU - Estado de São Paulo

C.N.P.J. 52.739.950/0001-36

AMBULATÓRIO

NOTA 36945

Mogi Guaçu, 11 de 04 de 2008

Paciente: Dayra Cristina Landu Barbosa

Quant.	Especificações	Unid. R\$	TOTAL
	Taxa de Sala () Cirurgia () Gesso ()		
	Curativos () Grande () Médio		
	() Pequeno () Especial		
	Aplicações: () Musc. () Venosa () Soro		
	Materiais		1.232,20
	Medicamentos		205,84
	Atestados <u>Rx</u>		199,95
	Telefones <u>Serviços Hospitalares</u>		145,60
	<u>Honorários Médicos</u>		760,50
	Sub total		
	Descontos		
	TOTAL		1.254,20

Assinatura
ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Conta : 0026359
Convenio : 020 - ACIO. TRANSITO

Data Abertura : 29/03/08
Num.Atendimento : 02004773

1º OFICIN
Mogi Guaçu
Fls. 859

Paciente : MAYRA CRISTINA RODRIGUES

Prontuário : 0137063/08

Tipo Atendimento: Ambul. / P.S.

Médico : DR. CLAUDIO F. FIGUEIRA

CRM : 129142

Clinica:

Data Atendimento : 17/02/09 - 09:15

Cirurgia: / /

Saída: / / -

Local : Hospedagem:

Tipo Alojamento:

859
37

Relacao dos Servicos Hospitalares

Código	Descrição	Qtde	Data	Valor Unitario	Unid.	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00000001	RESIDENCIAL	1.00	17/02/08	12.25	R\$	12.25	12.25
00000002	TAXA INSTALACAO DE SORO	1.00	17/02/08	6.14	R\$	6.14	6.14
00000003	SALA DE GINECOLOGIA	1.00	17/02/08	18.50	R\$	18.50	18.50
00000004	SALA DE PEDIATRIA	1.00	17/02/08	35.00	R\$	35.00	35.00
00000005	TAXA SALA QUIRURGICA	1.00	17/02/08	69.40	R\$	69.40	69.40
00000006	TAXA UTILIZACAO INVEN	1.00	17/02/08	4.33	R\$	4.33	4.33
SUB TOTAL:							145.62

Relacao dos Servicos Auxiliares Diagnose e Terapias

Código	Descrição	Data	Qtde	Valor Unit.	Unid.	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00000007	PERNA	17/02/08	2.00	45.00	R\$	45.00	102.48
00000008	DEBILIDADE	17/02/08	2.00	45.00	R\$	45.00	97.49
SUB TOTAL:							199.97

Relacao dos Medicamentos Consumidos

Código	Descrição	Qtde	Data	Sector	Unidade	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00000009	DIAGNOSTICO DE SORO	1.00	17/02/08	Sala	FRASCO	3.40	3.40
00000010	DIAGNOSTICO DE SORO	1.00	17/02/08	Sala	FRASCO	8.40	8.40
SUB TOTAL SALA:							11.80
00000011	DIAGNOSTICO DE SORO	1.00	17/02/08	Enfermar	FRASCO	11.74	11.74
00000012	DIAGNOSTICO DE SORO	1.00	17/02/08	Enfermar	FRASCO	2.30	2.30
SUB TOTAL ENFERMARIA:							14.04
SUB TOTAL:							25.84

Relacao dos Materiais Consumidos

Código	Descrição	Qtde	Data	Sector	Unidade	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00000013	DIAGNOSTICO DE SORO	1.00	17/02/08	Sala	UNIDADE	0.30	0.30
00000014	DIAGNOSTICO DE SORO	1.00	17/02/08	Sala	UNIDADE	0.30	0.30
00000015	DIAGNOSTICO DE SORO	3.00	17/02/08	Sala	UNIDADE	0.40	1.20
00000016	DIAGNOSTICO DE SORO	3.00	17/02/08	Sala	UNIDADE	1.45	4.35
00000017	DIAGNOSTICO DE SORO	70.00	17/02/08	Sala	UNIDADE	0.06	4.20
00000018	DIAGNOSTICO DE SORO	160.00	17/02/08	Sala	CM	0.07	3.20
00000019	DIAGNOSTICO DE SORO	7.00	17/02/08	Sala	UNIDADE	1.05	3.70
00000020	DIAGNOSTICO DE SORO	6.00	17/02/08	Sala	PAR	0.95	5.70

1º OFÍCIO
 Mogi Guaçu
 Fls. 840

ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	100,00	17/02/08	Sala	HL	0,40	40,00
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	100,00	17/02/08	Sala	HL	0,77	77,00
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	1,00	17/02/08	Sala	UNIDADE	0,90	0,90
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	2,00	17/02/08	Sala	UNIDADE	7,00	14,00
SUA TOTAL SALA:						110,85
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	1,00	17/02/08	Enfermar	UNIDADE	4,00	4,00
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	2,00	17/02/08	Enfermar	UNIDADE	0,30	0,60
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	1,00	17/02/08	Enfermar	PQ	3,97	3,97
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	70,00	17/02/08	Enfermar	CM	0,05	1,00
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	1,00	17/02/08	Enfermar	PAR	0,95	0,95
ANÁLISE DE EXAMES DE LABORATÓRIO	1,00	17/02/08	Enfermar	UNIDADE	0,90	0,90
SUA TOTAL ENFERMARIA:						11,42
SUA TOTAL:						122,27
Qtde.: 475,00						
Tot.Qtde.: 489,00						
SUA TOTAL HOSPITAL:						493,70

Relação dos Honorários Médicos

Código	Descrição	CRM	Nome Prestador	Qtde	Data	Unit. em R\$	Valor Total R\$
129142	ANA CLAUDIA F FLORESI	129142	ANA CLAUDIA F FLORESI	1,00	17/02/08	136,50	136,50
129142	ANA CLAUDIA F FLORESI	129142	ANA CLAUDIA F FLORESI	1,00	17/02/08	624,00	624,00
SUA TOTAL:						760,50	
TOTAL GERAL:						1254,20	

irm. Stu. Casa MIA. Mogi Guaçu
 Encarregado do Departamento
 JOSE HENRIQUE MASCARINI

RELATORIO MED

1º OFÍCIO
Mogi Guaçu

Fis. 8/11

Sr. Médico: as informações prestadas por V.Sª. Destinam-se à _____ e serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica.

() VG/APC () API () VIT ☒ DPVAT ()

1 - Nome do paciente.

Data de Nascimento

Augusta Cristina Sambrani Barbosa

As informações abaixo podem ser apresentadas pelo Código Internacional de Doenças.

2 - Data do início da Doença ou Acidente

3 - Atendimento Ambulatorial

Diagnóstico / Causas Básicas

Data do 1º atendimento

- Politraumatizado (Joelho (D) + Perna (E))
- FCC joelho (E)
- Escorregor
- Acidente de Trânsito

17/08/08

Data do _____ mais atendimentos

4 - Atendimento Hospitalar

IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU

Telefone

3881-1313

Data da 1ª Internação

Diagnósticos / Causas Básicas

Data das demais Internações

5 - Principais exames complementares realizados

Datas

Exames

Resultados

17/02/08

Rx perna (E), perna (D)
joelho (E), joelho (D).

Fratura do platô tibial

6 - Tratamentos realizados

() Clínico ☒ Cirúrgico () Fisiológico () Quimioterápico () Radioterápico () Outros

Descrição Sutura + Rx + curativos + medicação analgésica

7 - Outro médico / Hospital que atendeu o paciente em função do diagnóstico

Médico

Telefone

Hospital

Telefone

8 - No caso de perda anatômica, indicar os níveis topográficos de amputação do membro ou órgão.				
9 - No caso de redução ou perda do uso de algum membro ou órgão, preencher as informações abaixo:				
Alterações funcionais de cada membro ou órgão	Grau de Redução Funcional			
	Mínimo (0 a 25%)	Médio (26 a 50%)	Máximo (51 a 75%)	Total (76 a 100%)
10 - No caso de redução de acuidade visual, indicar sua avaliação, empregando a escala Snellen.				
Acuidade Visual "D.		Acuidade Visual O. E.		
Sem Correção	Com Correção	Sem Correção	Com Correção	
11 - No caso de redução da Função auditiva, anexar exame audiométrico.				
12 - A invalidez citada nos itens anteriores é de caráter permanente?			Data da alta do tratamento	
() Sim () Não ()				
13 - Outras doenças ou deformidades já apresentadas anteriormente pelo paciente.				
14 - Observações:-				
Nome do Médico		Nº do CRM	Telefone	
Endereço		Nº	Cidade	Estado

M. Snyder - SP
Local

17.02.08
Data

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. José Maria F. ...
CRM - 12345

4074.

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS

862

Pelo presente instrumento particular de Cessão de Direitos de Crédito, e na qualidade de beneficiário titular do direito de reembolso de DAMS – Despesas de Assistência Médica e Suplementares, do Seguro Obrigatório de DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres, o abaixo assinado, doravante denominado CEDENTE, cede e transfere ao Hospital IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MOGI GUAÇU, situado na Rua CHICO DE PAULA, nº 608, Bairro; CENTRO, na Cidade de MOGI GUAÇU, Estado de SÃO PAULO, CEP 13.840-000, inscrito no CNPJ sob nº 52739950/0001-36, doravante denominado CESSIONARIO os direitos de reembolso, junto à Seguradora,

da quantia de R\$ 1.254,20, (UM MIL, DUZENTOS E CINQUENTA E QUATRO REAIS E VINTE CENTAVOS.) correspondente às despesas de Assistência médica e hospitalar prestadas pelo CESSIONARIO em razão do acidente automobilístico ocorrido em 16 / 02 / 07, no qual foi vítima DAYRA CRISTINA SANDRI BARBOSA, nacionalidade, estado civil, SOLTEIRA, profissão, SECRETARIA, RG, MG - 13.924.910, inscrito no CPF sob nº 402.751.908-62, residente na RUA LOTARIO TEIXEIRA, Nº 425, Bairro PQ CIDA DE NOVA, na Cidade MOGI GUAÇU, Estado S.P. CEP, 13.845-430, Telefone de contato, (19) 8125-5123.

Esta cessão e transferência é feita em caráter irrevogável e irretratável, dando-se ambos mutuamente, CEDENTE e CESSIONARIO, a mais ampla, rasa e geral quitação em relação às obrigações derivadas do atendimento médico aqui reportado, para mais nada reclamar, em tempo algum, sobre o objeto desta cessão, seja judicial ou extrajudicialmente.

O CESSIONARIO, por sua vez, declara concordar com a cessão, como também que o CEDENTE não se responsabiliza pelo recebimento do crédito ora cedido, estando ciente de que seu reembolso estará sujeito aos procedimentos que regulam a liquidação de um seguro de DPVAT, inclusive a aplicação de tabela própria, conforme Resolução CNSP 56/2001.

17 ABR 2008

MOGI GUAÇU, _____, de _____ de _____

CEDENTE:

CESSIONARIO

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA SEDE

R. Jorge Teixeira 91 - J. S. Pinhal/SP

Reconheço Firma de DAYRA

C. SANDRI BARBOSA

17 ABR 2008

E. S. Pinhal

() Ana M. C. F. Teixeira - Oficial

() Dorival Ramos Junior - Escrevente

A válido com o selo de autenticação

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA SEDE

R. Jorge Teixeira 91 - J. S. Pinhal/SP

Reconheço Firma de JOSE

GARCIA BARBOSA

17 ABR 2008

E. S. Pinhal

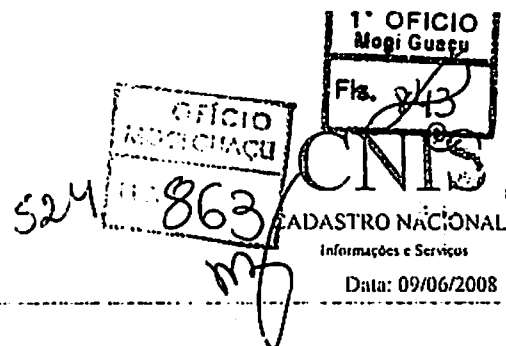
() Ana M. C. F. Teixeira - Oficial

() Dorival Ramos Junior - Escrevente

A válido com o selo de autenticação

Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178410 - 1

Seg.: 5754/00 - NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A



Vítima: DAYRA CRISTINA SANDRI BARBOSA

Cidade: MOGI-GUACU-SP

Data Acidente: 16/02/2008

Seguradora: NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A - 5754/00

Atendimento: IRM DA STA.CS.DE MIS.DE MOGI GUAÇU (URG/NEU/ORT/UTI) - 02844

Analista: THIAGO BOECHAT

Diagnóstico:

Traum superf da perna - Outr traum superf da perna (S80.08)

Tratamento: CONSERVADOR/CLÍNICO

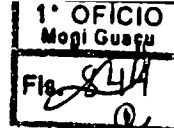
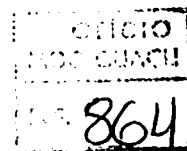
Internação: NÃO

Tratamento Odontológico: NÃO

Item	Pleitando	Avaliado
Honorários Médicos	760,50	
00.01.006-5 EM PRONTO SOCORRO - 00.01.006-5		50,70
54.01.022-5 SUTURA (BORDA A BORDA) DE FERIMENTO		195,00
	760,50	245,70 -
Hospital (Taxas/Diarias)		
0048 SALA CIRURGICA PORTE I/USO	69,40	69,40
0057 SALA OBSERVAÇÃO (ATÉ 6 HORAS)/USO	18,50	18,50
0058 SALA DE PROCEDIMENTO/USO	35,00	0,00
0063 TAXA INJEÇÃO IM/IV/APLICAÇÃO	4,33	3,12
0064 TAXA INSTALAÇÃO SORO/APLICAÇÃO	6,14	6,00
0066 TRICOTOMIA/USO	12,25	12,00
	145,62	109,02
Exames	199,97	
32.04.006-7 JOELHO: A.P. - LATERAL		19,32
32.04.008-3 PERNA		21,41
	199,97	40,73
Materiais		
0001 MATERIAIS DIVERSOS	122,27	109,55
	122,27	109,55
Medicamentos		
99999-ZZZZ MEDICAMENTOS DIVERSOS GERAL - (999	25,84	25,13
	25,84	25,13

Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178410 - 1

Sep.: 5754/00 - NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A



CNIS

CADASTRO NACIONAL

Informações e Serviços

Data: 09/06/2008

Farmácia

0,00

0,00

Taxas Odontológicas

0,00

0,00

Outras Taxas (*)

0,00

0,00

Total Final

1.254,20

530,13

Outras Taxas são taxas sem cobertura.

INDICADORES: Valores avaliados conforme normas do Convênio do Seguro de DPVAT, Brasíndice,

Parâmetros de Reembolso de DAMS (PRD), Colégio de Radiologia, etc...

Observação

MATERIAIS E MEDICAMENTOS AVALIADOS CONFORME PREÇO DE MERCADO E BRASÍNDICE. TAXA DE SALA AVALIADA CONFORME PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO.

Informações Administrativas	Plei. Ant.	Aval. Ant.	Pago Ant.	Plei. Atual	Aval. Atual	Vr. à Pagar
Benef.: IRM DA STA.CS.DE MIS.DE MOGI GUAÇU (URG) - 02844						
Relacio.: HOSPITAL/CLÍNICA/LABORAT	0,00	0,00	0,00	1.254,20	530,13	530,13
Termo: OK						
UD Megadata: 02/06/2008	---	---	---	---	---	---
Procurador: IRANI RIBEIRO FRAZÃO	---	---	---	---	---	---
Total	0,00	0,00	0,00	1.254,20	530,13	530,13

Total Avaliado para este Sinistro:

530,13

Total Pleiteado para este Sinistro:

1.254,20

DRA. VALÉRIA S. LLES COSTA
 GERENTE
 CRM 52.50002-0/RJ

ROGÉRIO S. MEIRA
 SUPERVISOR

GABRIEL
CNIS/DAMS
 pág.: 002