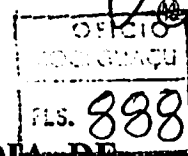


PLANILHA DE DISCRIMINAÇÃO DE CÁLCULO



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

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

Vítima: **FERNANDO DE OLIVEIRA FLORIANO**

Data do Cálculo: 18.08.2008

Valor da Indenização Pleiteada em 02.06.2008: R\$ 304,15

Valor Parcialmente Quitado em 13.06.2008: R\$ 119,33

Diferença Valor Devido e Recebido: R\$ 304,15 – R\$ 119,33 = R\$ 184,82

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\$ 184,82 $\times$ 39,025474 $\times$ 39,251821 = R\$ 185,89

Valor Corrigido: R\$ 185,89

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

Valor Principal	Data de Vencimento	Valor Atualizado
R\$ 185,89	03.07.2008	R\$ 188,74

Valor total atualizado até o dia 18.08.2008: **R\$ 188,74 (CENTO E OITENTA E OITO REAIS E SETENTA E QUATRO CENTAVOS)**



1º OFÍCIO
Mogi Guaçu
Fls. 889

OFÍCIO
MOGI GUAÇU
FLS. 889

m

Dependência: PLANTÃO PERMANENTE-MOGI GUAÇU
Boletim Número : 000962/2008



BOLETIM DE OCORRENCIA DE AUTORIA CONHECIDA

REZA(S) : QUEDA ACIDENTAL
LOCAL : R RIO GRANDE DO SUL, S/Nº CENTENÁRIO
COMPLEMENTO : 31 DP
TIPO-LOCAL : VIA PUBLICA-RUA/AV./VILA/PRACA
CIRCUNSTANCIA : OUTRAS DELESAOES
DATA OCORRENCIA : 19/03/2008 HORA: 21:50
DATA COMUNICACAO : 20/03/2008 HORA: 00:05
ELABORADO EM : 20/03/2008 HORA: 00:07

CERTIDÃO
Certifico que a presente cópia confere
com a original
Mogi Guaçu, 18/03/08.

ESCRIVÃO

Vítimas:

- FERNANDO DE OLIVEIRA FLORIANO --- Não presente ao Plantão --- Documento : RG:26.861.55 SSP/GO
Pai : CARMELO FLORIANO --- Mãe : MARIA DE LOURDES OLIVEIRA FLORIANO --- Natural de: INTERLÂNDIA - GO
Nacionalidade : BRASILEIRA --- Sexo : M --- Cor da Pele : Branca --- Nascimento : 05/04/1964 43 Anos
Estado Civil : Solteiro --- Profissão : OP EMPILHADEIRA

Veículos :

- DPU 5051 --- Cor : AMARELA --- Marca : HONDA CGX 250 TWISTE --- Tipo : MOTO --- Ano de Fabricação : 2006
Município : MOGI GUAÇU - SP --- Combustível : Gasolina --- Chassis : CHASSI 9C2MC35007R023564
Proprietário : FERNANDO DE OLIVEIRA FLORIANO --- Cia. Seguradora : CNH:03056793906
serviço : CAT. "AB" VAL.66.04.00 --- Ocorrência : Danificado --- Local da Ocorrência : Via Pública
Causa : QUEDA ACIDENTAL

HISTÓRICO

PRESENTE NESTE PLANTÃO POLICIAL OS GMS. BRITO, MARIANO E PEREIRA NARRANDO QUE FORAM SOLICITADOS A SANTA CASA, POIS HAVIA DADO ENTRADA UMA VÍTIMA DE QUEDA ACIDENTAL. EM CONTATO COM ESTA FORAM INFORMADOS QUE ELE ESTAVA TRAFEGANDO COM SEU MOTOCICLO, PELO LOCAL DOS FATOS, POIS DESLOCAVA-SE PARA O TRABALHO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU SUA FRENTE, FAZENDO COM QUE PERDESSE O CONTROLE DA MOTO CAINDO AO SOLO. LESIONOU O OMBRO ESQUERDO E SUA MOTO FOI DANIFICADA, FOI SOCORRIDO POR FUNCIONÁRIO DA CHIARELLI, EMPRESA EM QUE TRABALHA, SENDO CONDUZIDO A SANTA CASA ONDE PERMANECERAM EM OBSERVAÇÃO. NADA MAIS.

SOLUÇÃO : B.O. 1

VANDERLEY DE LIMA
INVESTIGADOR

DRA. JUDITE DE OLIVEIRA REIS
DELEGADA DE POLÍCIA

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

1° OFICIO
Mogi Guagú

Fls.

OFFICIO
MAGGIOR GUARDIA

FLS 891

AMBULATÓRIO

NOTA 37008

Mogi Guaçu, 20 de 05 de 2008

Paciente: Fernando de Oliveira Floriano

Quant.	Especificações	Unit.R\$	TOTAL
	Taxa de Sala () Cirurgia () Gesso ()		
	Curativos () Grande () Médio		
	() Pequeno () Especial		
	Aplicações: () Musc. () Venosa () Soro		
	Materiais		R\$ 798,00
	Medicamentos		R\$ 207,64
	Atestados R\$ 5		R\$ 54,75
	Telefones em Hospitais		R\$ 96,00
	Honorários Médicos		R\$ 378,50
	Sub total		
	Descontos		
	TOTAL		R\$ 304,18

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Conta : 003/445
Convenio : UNIV - ACID. 1996/1110

Data Abertura : 27/04/08
Num.Atendimento : 03004/45

1º OFICIO
MOGI GUAÇU
Fls. 879
892

Paciente : FERNANDO DE OLIVEIRA FLORIANO
Prontuario : 00/54/5/04
Tipo Atendimento: Ambul. / P.S.
Medico : GUILLERMO M. REIS
Data Atend : 19/03/08 - 22:34
Leito :
Acomodacao:
Cirurgia: / /
Clínica:
Saída: / /
Tipo Acomodacao:

Relacao dos Servicos Hospitalares

Codigo	Descricao	Qtde	Data	Valor Unitario	Unid.	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00000001	TRICOTOMIA	1.00	19/03/08	12.25	R\$	12.25	12.25
00000002	TAXA INSTALACAO DE SORO	1.00	19/03/08	6.14	R\$	6.14	6.14
00000003	TAXA DE OBSERVACAO	1.00	19/03/08	18.50	R\$	18.50	18.50
00000004	OT. 011 SALA PROCEDIMENTO/USO	1.00	19/03/08	35.00	R\$	35.00	35.00
00000005	TAXA INDECOB INVEV	1.00	19/03/08	4.33	R\$	4.33	4.33
SUB TOTAL:							76.22

Relacao dos Servicos Auxiliares Diagnose e Terapias

Codigo	Descricao	Data	Qtde	Valor Unit.	Unid.	Unit. em R\$	Valor Total R\$
32000070	ARTICULACAO ESCAFULO UMERAL	19/03/08	1.00	54.75	R\$	54.75	54.75
SUB TOTAL:							54.75

Relacao dos Medicamentos Consumidos

Codigo	Descricao	Qtde	Data	Sector	Unidade	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00010331	PROFENID 100MG TAB. E.V	1.00	19/03/08	Enfermar	FRASCO	11.74	11.74
00015713	RINDER CLACT. 500ML	1.00	19/03/08	Enfermar	FRASCO	3.90	3.90
00016577	TRU CLORADO 10% 500ML	1.00	19/03/08	Enfermar	FRASCO	4.90	4.90
SUB TOTAL ENFERMARIA:							20.54
SUB TOTAL:							20.54

Relacao dos Materiais Consumidos

Codigo	Descricao	Qtde	Data	Sector	Unidade	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00000000	045 ABSOLUTUM - 1 H 18	1.00	19/03/08	Enfermar	UNIDADE	4.00	4.00
00000248	AGULHA 40 X 12 DESC	3.00	19/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.50	0.50
00000216	ELUIFU P/SELO	2.00	19/03/08	Enfermar	PC	3.97	7.94
00000271	ESPALMADO	20.00	19/03/08	Enfermar	CM	0.05	1.00
00000000	060 LUNA H 7.5	1.00	19/03/08	Enfermar	PAR	1.85	1.85
00000351	SERENIA DESC. 10ML	1.00	19/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.45	0.45
SUB TOTAL ENFERMARIA:							16.14
SUB TOTAL:							16.14

Tot.Qtde.: 37.00

SUB TOTAL HOSPITAL: 167.65

Relacao dos Honorarios Medicos

Codigo	Descricao	Unid	Nome Prestador	Qtde	Data	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00000005	CONSULTA PRATICO SECUND	095418	GUILLERMO M. REIS	1.00	19/03/08	136.50	136.50

IRM STA CASA MIS MOGI GUARU
ESPELHO DE CUNTA - CUNT. CUNTA: 003/445

DATA: 20/05/2008

1° OFICIO
Mogi Guaçu
FLS. 893

SUB TOTAL: 136.50

TOTAL GERAL MOGI GUARU: 136.50

OFICIO
FLS. 893

irm. Sta. Casa Mis. Mogi Guaçu
Encarregado do Departamento
JOSE L. M. MASCARINI

RELATORIO MEDICO

1º OFÍCIO
Mogi Guaçu
Fls. 824

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 (X) DPVAT ()

1 - Nome do paciente: Fernando de Oliveira Floriano Data de Nascimento: 06/04/64

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

2 - Data do início da Doença ou Acidente

19.03.08

3 - Atendimento Ambulatorial

Data do 1º atendimento

____/____/____

Data dos demais atendimentos

____/____/____

____/____/____

____/____/____

Diagnóstico / Causas Básicas

Doença

4 - Atendimento Hospitalar

IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU

Telefone

3881-1313

Data da 1ª Internação

____/____/____

Data das demais Internações

____/____/____

____/____/____

____/____/____

Diagnósticos / Causas Básicas

fratura

(Contusão)

5 - Principais exames complementares realizados

Datas

19.03.08

____/____/____

____/____/____

____/____/____

Exames

Exame

Resultados

MBT mal

6 - Tratamentos realizados

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

Descrição

CONSULTA

12x

MEDICAMENTOS

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

Médico

Hospital

Telefone

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. Ignácio - SP
Local

19.3.08
Data

Guilherme M. N. Silva
Médico
CRM SP 94012

ASSINATURA DO MÉDICO

4127.

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS1º OFÍCIO
Mogi Guaçu

Fls. 875

OFÍCIO
MOGI GUAÇU

FLS. 895

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\$ 304,15, (TREZENTOS E QUATRO REAIS E QUINZE CENTAVOS.) correspondente às despesas de Assistência médica e hospitalar prestadas pelo CESSIONARIO em razão do acidente automobilístico ocorrido em 19/03/08, no qual foi vítima FERNANDO DE OLIVEIRA FLORIANO, nacionalidade, BRASILEIRA, estado civil, SOLTEIRO, profissão, OP. EMPILHADEIRA, RG, 2.686.105, inscrito no CPF sob nº 049.648.818-50, residente na RUA: AFRODISIO DE SOUZA MENDES, Nº 193, Bairro 19 DE ESTADO I, na Cidade MOGI GUAÇU, Estado S.P. CEP, 13.844-313, Telefone de contato, (19) 3818-2728.

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.

26 MAI 2008

MOGI GUAÇU, _____ de _____ de _____.

REV. REG. CIVIL

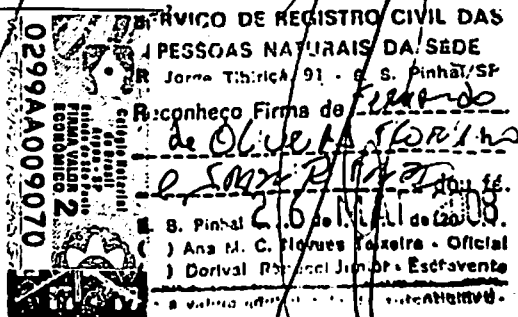
R. R. Pinhal

CEDENTE, _____

REV. REG. CIVIL

R. R. Pinhal

CESSIONARIO, _____



Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178392 - 1

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

Vítima: FERNANDO DE OLIVEIRA FLORIANO

Cidade: MOGI-GUAÇU-SP

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: DEBORA TAVARES

Data Acidente: 19/03/2008

Diagnóstico:

Traum superf do ombro e do braco - Outr traum superf do ombro e do braco (S40.08)

Tratamento: CONSERVADOR/CLÍNICO

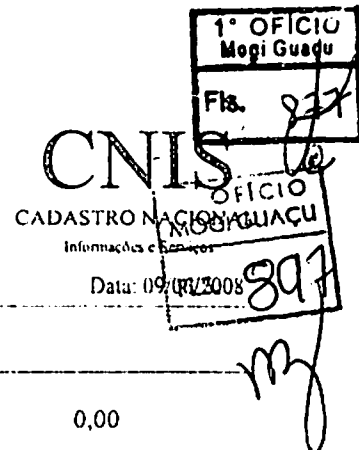
Internação: NÃO

Tratamento Odontológico: NÃO

Item	Pleitando	Avaliado
Honorários Médicos	136,50	
00.01.006-5 EM PRONTO SOCORRO - 00.01.006-5		39,00
	136,50	39,00
Hospital (Taxas/Diarias)		
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	0,00
	76,22	27,62
Exames	54,75	
32.03.007-0 ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL		20,77
	54,75	20,77
Materiais		
0001 MATERIAIS DIVERSOS	16,14	11,40
	16,14	11,40
Medicamentos		
99999-ZZZZ MEDICAMENTOS DIVERSOS GERAL - (9999	20,54	20,54
	20,54	20,54

Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178392 - 1

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



Farmácia	0,00	0,00
Taxas Odontológicas	0,00	0,00
Outras Taxas (*)	0,00	0,00
Total Final	304,15	119,33

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

PARA PROCEDIMENTO DE CONSULTA NÃO CABE A COBRANÇA DE TAXA DE SALA. O RELATÓRIO MÉDICO NÃO JUSTIFICA A COBRANÇA DE TAXA DE TRICOTOMIA. MATERIAIS E MEDICAMENTOS AVALIADOS CONFORME PREÇO DE MERCADO E BRASÍNDICE.

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	304,15	119,33	119,33
no: OK						
UD Megadata: 02/06/2008	---	---	---	---	---	---
Procurador: IRANI RIBEIRO FRAZÃO	---	---	---	---	---	---
Total	0,00	0,00	0,00	304,15	119,33	119,33
Total Avaliado para este Sinistro:	119,33	Total Pleiteado para este Sinistro:		304,15		


DRA. VALÉRIA SALES COSTA
GERENTE
CRM 52.50002-0/RJ


ROGÉRIO S. MEIRA
SUPERVISOR