

PLANILHA DE DISCRIMINAÇÃO DE CÁLCULO

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

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

Vítima: **JOSE JOAQUIM HONÓRIO**

Data do Cálculo: 18.08.2008

Valor da Indenização Pleiteada em 02.06.2008: R\$ 840,30

Valor Parcialmente Quitado em 13.06.2008: R\$ 409,42

Diferença Valor Devido e Recebido: R\$ 840,30 – R\$ 409,42 = R\$ 430,88

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\$ 430,88 $\times$ 39,025474 $\times$ 39,251821 = R\$ 433,38

Valor Corrigido: R\$ 433,38

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

Valor Principal

Data de Vencimento

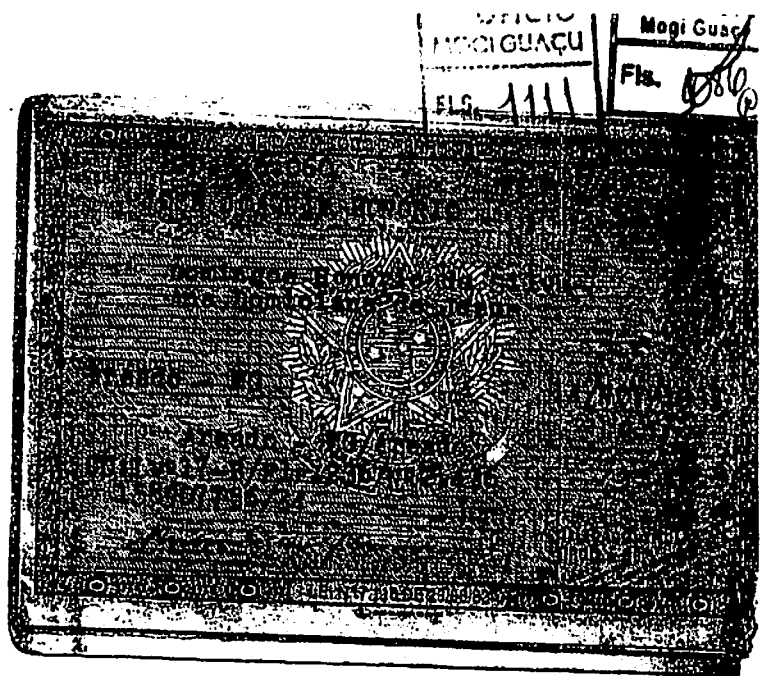
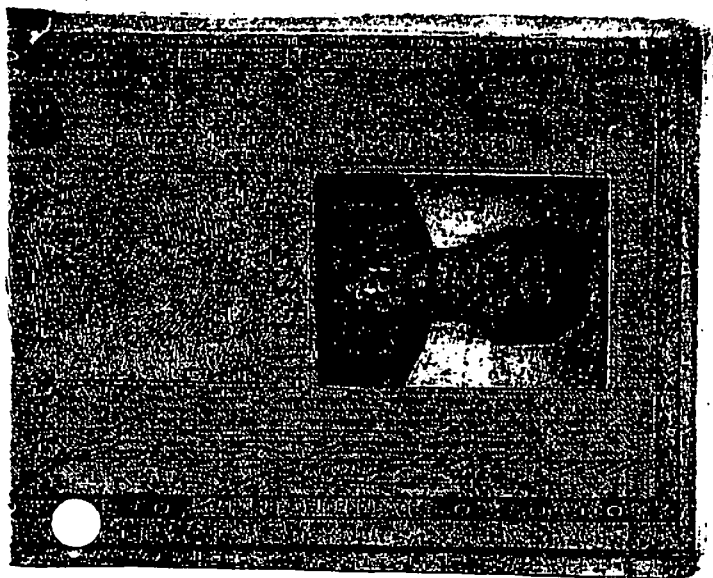
Valor Atualizado

R\$ 433,38

03.07.2008

R\$ 440,02

Valor total atualizado até o dia 18.08.2008: **R\$ 440,02 (QUATROCENTOS E QUARENTA REAIS E DOIS CENTAVOS)**



1.º
Mogi Guaçu
OFÍCIO
DELEGACIA
FLS. 1112
Fls. 1087

Dependência: PLANTAO PERMANENTE-MOGI GUAÇU
Boletim Número : 000896/2008

FL.: 001
Emitido em : 13/03/2008
1160C696B6D0C16707

BOLETIM DE OCORRENCIA DE AUTORIA DESCONHECIDA

NATUREZA(S) : ATROPELAMENTO
LOCAL : R; LINDOIA 191- JD STO ANTONIO
COMPLEMENTO : DIG LOCAL
TIPO-LOCAL : VIA PUBLICA-RUA/AV./VILA/PRACA
CIRCUNSCRICAO : OUTRAS DELEGACIAS
DATA OCORRENCIA : 13/03/2008 HORA: 19:20
DATA COMUNICACAO : 13/03/2008 HORA: 19:54
ELABORADO EM : 13/03/2008 HORA: 19:54

Vitimas:

- JOSÉ JOAQUIM HONORIO - Nao presente ao Plantao - Documento : RG 20.546.060/SP
Pai : DOMINGOS HONORIO DA SILVA - Mae : ANA DOMICIANA DE JESUS - Natural de : AREADO - MG
Nacionalidade : BRASILEIRA - Sexo : M - Cor da Pele : Branca - Nascimento : 14/11/1933 74 Anos
Estado Civil : Viuvo - Profissao : APOSENTADO - Endereco Residencial : - RUA LINDOIA 191
JD STO ANTONIO - MOGI GUAÇU - SP - Fone : (0019) 3891-4889

HISTORICO

Presentes neste PP os Gms Galhardo e Ronnie, comunicando que foram acioandos para atender uma ocorrência na Santa Casa local, onde em contato com a vitima, esta alegou que encontrava-se caminhando ja quase chegando em sua residência, quando foi atropelado por uma motocicleta, sendo certo que o condutor da mesma, evadiu-se do local. Vitima não soube dar informações a respeito da motocicleta. Nada mais.

SOLUÇÃO : B.O.

MAURO ALBORGHETE
ESCRIVAO DE POLICIA

EDNA ELVIRA SALGADO MARTINS
DELEGADA DE POLICIA



CERTIDÃO
Certifico que a presente cópia confer
com a original
Mogi Guaçu

ESCRIVÃO



FRS. 1113

Paciente: José Joaquín HERNÁNDEZ

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

RELATORIO MEDICO

OFICIO
MOGI GUAÇU

FLS. 4114

1º OFICIO
Mogi Guaçu

Fls. 1089

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

() VG/APC () API () VIT () DPVAT ()

1 - Nome do paciente: José Joaquim Hauaio

Data de Nascimento

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

2 - Data do início da Doença ou Acidente

3 - Atendimento Ambulatorial

Data do 1º atendimento

13.03.08

Data dos demais atendimentos

Diagnóstico / Causas Básicas

- FCC em Tornozelo (E)
- contusão perna (E)
- fratura de tornozelo

4 - Atendimento Hospitalar

IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU

Telefone

3861-1313

Data da 1ª Internação

Diagnósticos / Causas Básicas

Data das demais Internações

5 - Principais exames complementares realizados

Datas

13.03.08

Exames

Rx Tornozelo (E)

Resultados

Normal

6 - Tratamentos realizados

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

Descrição Sutura + Rxt curativo + medicação

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

Médico

Telefone

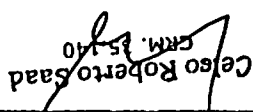
Hospital

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:				
Grau de Redução Funcional				
Alterações funcionais de cada membro ou órgão	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? () Sim () Não ()			Data da alta do tratamento	
13 - Outras doenças ou deformidades já apresentadas anteriormente pelo paciente.				
14 - Observações:-				
Nome do Médico		Nº do CRM		Telefone
Endereço		Nº	Cidade	Estado

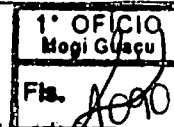
M. Guam - SP
Local

13/03/08
Data


 Celso Roberto Saad
 CRM: 15.140
 ASSINATURA DO MÉDICO

Conta : 005/451
Convênio : IPV - ALID. IMPLANTU

Data Abertura : 29/04/03
Num.Atendimento : 03004189



Paciente : JOSE JOAQUIM HADRIU

Frontuário : 00516/5/01

Tipo Atendimento: Ambul. / 1.º

Médico : CELSO ROBERTO CURAELHI SAAD

CRM : 005140

Clinica:

Data Atend : 13/03/08 - 17:11

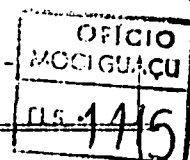
Cirurgia: / /

Saida: / /

Leito :

Acomodacao:

Tipo Acomodacao:



Relacao dos Servicos Hospitalares

Codigo	Descricao	Qtde	Data	Valor Unitario	Unid.	Unit.em R\$	Valor Total R\$
00000001	TRICOTOMIA	1.00	13/03/08	12.25	R\$	12.25	12.25
00000002	TAXA INSTALACAO DE SUDO	1.00	13/03/08	6.14	R\$	6.14	6.14
00000010	TAXA DE UBEREACAO	1.00	13/03/08	18.50	R\$	18.50	18.50
00000011	SALA PROCEDIMENTO/USO	1.00	13/03/08	35.00	R\$	35.00	35.00
00000012	TAXA SALA SUTURA	1.00	13/03/08	69.40	R\$	69.40	69.40
00000018	TAXA DRENAGEM INTR	1.00	13/03/08	4.33	R\$	4.33	4.33
						SUB TOTAL:	145.62

Relacao dos Servicos Auxiliares Diagnose e Terapias

Codigo	Descricao	Data	Qtde	Valor Unit.	Unid.	Unit.em R\$	Valor Total R\$
02040091	ARTICULACAO FIBRO-TRAPICA	13/03/08	1.00	45.00	R\$	45.00	47.25
						SUB TOTAL:	47.25

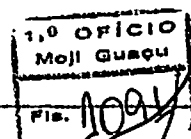
Relacao dos Medicamentos Consumidos

Codigo	Descricao	Qtde	Data	Setor	Unidade	Unit.em R\$	Valor Total R\$
000164/5	SORO FISIOLOGICO 0% 500ML	1.00	13/03/08	Sala	FRASCO	3.40	3.40
0001701	XILOCAINA 2% S/V 20ML	1.00	13/03/08	Sala	FRASCO	8.40	8.40
						SUB TOTAL SALA:	11.80
00010561	PARAFENOL TOMB INO. E.V	1.00	13/03/08	Enfermar	FRASCO	11.74	11.74
00015783	RINGER LACT. 500ML	1.00	13/03/08	Enfermar	FRASCO	3.90	3.90
000165/2	SORO GLUCOSADO 10% 500ML	1.00	13/03/08	Enfermar	FRASCO	4.90	4.90
00017463	XILOCAINA 2% 5ML	2.00	13/03/08	Enfermar	AMP	2.60	5.20
						SUB TOTAL ENFERMARIA:	25.74
						SUB TOTAL:	37.54

Qtde.: 7.00

Relacao dos Materiais Consumidos

Codigo	Descricao	Qtde	Data	Setor	Unidade	Unit.em R\$	Valor Total R\$
00030203	AGULHA 25 X 7 DESC	1.00	13/03/08	Sala	UNIDADE	0.30	0.30
00030243	AGULHA 40 X 12 DESC	1.00	13/03/08	Sala	UNIDADE	0.30	0.30
00030694	ALGADO ORTOFEDIO 15 CM	3.00	13/03/08	Sala	UNIDADE	0.40	1.20
00030779	ALGADO ORTOFEDIO 15 CM	3.00	13/03/08	Sala	UNIDADE	1.45	4.35
00031951	COMPRESSA DE GAZE 7.5 X 7.5	70.00	13/03/08	Sala	UNIDADE	0.06	4.20
00032403	FITA ADESIVA BASTA 19 X 50 M	160.00	13/03/08	Sala	CM	0.02	3.20
00032687	LUNA II 8,5	2.00	13/03/08	Sala	UNIDADE	1.85	3.70



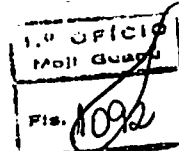
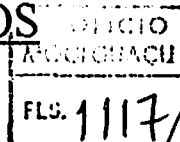
00032725 LUVA P/PROL MEDIA	6.00	13/03/08	Sala	PRK	UNIDADE	0.95	5.70
00033310 FUVIDINE DECEMENTE	100.00	13/03/08	Sala	ML	UNIDADE	0.40	40.00
00033336 FUVIDINE TOPICO	100.00	13/03/08	Sala	ML	UNIDADE	0.29	29.00
00033760 SERTIGA DESC. 20ML	1.00	13/03/08	Sala	UNIDADE	0.90	0.90	
00034847 FIO SUPERLON 5.0 C/A 3/8 43350	2.00	13/03/08	Sala	UNIDADE	9.00	18.00	
						SUB TOTAL SALA:	110.85
00030043 ARBOLATH - 1 H 18	1.00	13/03/08	Enfermar	UNIDADE	4.00	4.00	
00030175 AGULHA 13 X 4 DESC	1.00	13/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.30	0.30	
00030175 AGULHA 40 X 12 DESC	4.00	13/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.30	1.20	
00032216 EQUIPO P/SORO	2.00	13/03/08	Enfermar	EQ	3.97	7.94	
00032291 ESPANADRAMO	20.00	13/03/08	Enfermar	CM	0.05	1.00	
00032360 LUVA H 7.5	1.00	13/03/08	Enfermar	PRK	1.85	1.85	
00032379 LUVA H 8.0	1.00	13/03/08	Enfermar	UNIDADE	1.85	1.85	
00032551 SFRINGA DESC. 10ML	2.00	13/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.45	0.90	
						SUB TOTAL ENFERMARIA:	19.04
						SUB TOTAL:	129.89
Utde.: 481.00							
Tot.Utde.: 475.00						SUB TOTAL HOSPITAL:	360.30

Relacao dos Honorarios Medicos

Codigo	Descricao	UHM	Nome Prestador	Utde	Data	Unit.em R\$	Valor Total R\$
54010225	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS	035140	CELSO ROBERTO LUQUECHI SA	1.00	13/03/08	480.00	480.00
							SUB TOTAL: 480.00
							TOTAL GERAL: 840.30

IRM. STA. CASA MIS. MOJI GUACU
Assinatura: JOSE LUIZ MASCARINI

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS



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\$ 840,30, (OITOCENTOS E QUARENTA REAIS E TRINTA CENTAVOS.) correspondente às despesas de Assistência

médica e hospitalar prestadas pelo CESSIONARIO em razão do acidente automobilístico ocorrido em, 13/03/08, no qual foi vítima JOSE JOAQUIM,

HONORIO, nacionalidade, BRASILEIRA,

estado civil, VIVO, profissão, APOSENTADO, RG,

20.546.060, inscrito no CPF sob nº 158.904.256-34,

residente na RUA: LINDOIA, Nº 191,

Bairro JD. ST. ANTONIO, na Cidade MOGI GUAÇU, Estado S.P.

CEP, 13.844-180, Telefone de contato, (19) 3891-4889.

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 _____.

CEV. REG. CIVIL

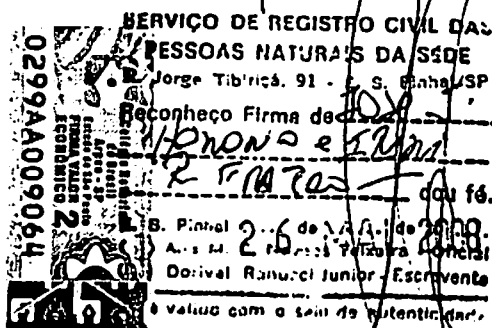
R. R. Pina

CEDENTE:

CEV. REG. CIVIL

R. R. Pina

CESSIONARIO:



Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178237 - 1

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

OFÍCIO
 1093
CNIS
 CADASTRO NACIONAL
 Informações e Serviços

Data: 10/06/2008

MOGI GUACU

Data Acidente: 13/03/2008. 1118

Vítima: JOSE JOAQUIM HONORIO

Cidade: MOGI-GUACU-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: FABIANA NEVES R

Diagnóstico:

Trauma superficial da perna - Contusão de outras partes e de partes NE perna (\$80.01)

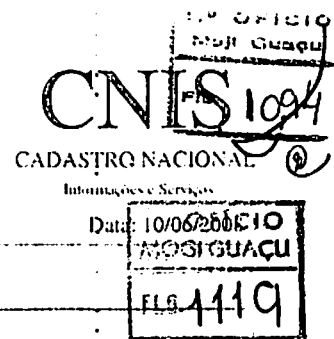
Tratamento: CONSERVADOR/CLÍNICO

Internação: NÃO

Tratamento Odontológico: NÃO

Item	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos		
54.01.022-5 SUTURA (BORDA A BORDA) DE FERIMENTO	480,00	150,00
	480,00	150,00
Hospital (Taxas/Diárias)		
0057 SALA OBSERVAÇÃO (ATÉ 6 HORAS)/USO	18,50	0,00
0058 SALA DE PROCEDIMENTO/USO	104,40	52,80
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	73,92
Exames		
	47,25	
32.04.009-1 ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA		18,07
	47,25	18,07
Materiais		
0001 MATERIAIS DIVERSOS	129,89	129,89
	129,89	129,89
Medicamentos		
9999 MEDICAMENTOS DIVERSOS GERAL - (999	37,54	37,54
	37,54	37,54
Farmácia		
	0,00	0,00

Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178237 - 1



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

Taxas Odontológicas

0,00

0,00

Outras Taxas (*)

0,00

0,00

Total Final

840,30

409,42

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

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						
Relat.: HOSPITAL/CLÍNICA/LABORAT	0,00	0,00	0,00	840,30	409,42	409,42
Termo: OK						
UD Megadata: 02/06/2008	---	---	---	---	---	---
Procurador: IRANI RIBEIRO FRAZÃO	---	---	---	---	---	---
Total	0,00	0,00	0,00	840,30	409,42	409,42
Total Avaliado para este Sinistro:	409,42			Total Pleiteado para este Sinistro:		840,30

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

ROGERIO S. MEIRA
 SUPERVISOR

ANEXO 3
 02/06/2008