

## PLANILHA DE DISCRIMINAÇÃO DE CÁLCULO

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

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

Vítima: **MOISES BENEDITO RIBEIRO**

Data do Cálculo: 18.08.2008

Valor da Indenização Pleiteada em 02.06.2008: R\$ 397,95

Valor Parcialmente Quitado em 13.06.2008: R\$ 214,54

Diferença Valor Devido e Recebido: R\$ 397,95 – R\$ 214,54 = R\$ 183,41

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

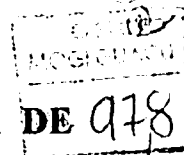
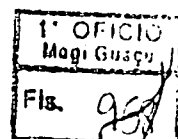
R\$ 183,41  $\times$  39,025474  $\times$  39,251821 = R\$ 184,47

Valor Corrigido: R\$ 184,47

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

| Valor Principal | Data de Vencimento | Valor Atualizado |
|-----------------|--------------------|------------------|
| R\$ 184,47      | 03.07.2008         | R\$ 187,30       |

Valor total atualizado até o dia 18.08.2008: **R\$ 187,30 (CENTO E OITENTA E SETE REAIS E TRINTA CENTAVOS)**



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

931370698  
 0428487667-1  
 11/11/2007

---

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 931370698

11/11/2007

08881393069  
 88708440859
 

RUA DE FRANKLIN (SAO PAULO)

1º OFICIO  
 Mogi Guaçu  
 Fls. 959

1º OFICIO  
 MOGI GUAÇU  
 Fls. 979

*m*



**Boletim de Ocorrência - BO/GM**  
**Termo Circunstanciado - TC**

**Data de Entrega**

11/6/03/98

Numero 80/EN

ez

Numero 80/PC

[illegible]

Nº Folha

01

1. OFFIC  
Major G. G.

**Fls.**

### Dados da Ocorrência

Nº 628/2008

|                                          |                               |           |                     |            |                     |               |              |               |             |         |
|------------------------------------------|-------------------------------|-----------|---------------------|------------|---------------------|---------------|--------------|---------------|-------------|---------|
| Natureza da Ocorrência                   | QUEDA ACIDENTAL               |           | Cód. Occ.           | 21818      | Perfilho da Viatura | 254           | Data do Jato | 16/03/08      |             |         |
| Município                                | MOGI GUACU                    | Hora Com. | 01:15               | Hora Local | 01:15               | Hora 1ª Term. | 01:30        | Hora 2ª Term. | 01:40       |         |
| Logradouro (Av., Rua, Número, etc.)      | AV. EMÍLIA MARQUE MARTINI S/N |           | KM Com.             | 173 966    | KM Local            | 173 967       | KM 1ª Term.  | 173 969       | KM 2ª Term. | 173 969 |
| Bairro                                   | Jd. ALMIRA                    |           | Posto de Referência |            |                     |               |              |               |             |         |
| Outro Local relacionado com a Ocorrência |                               |           |                     |            |                     |               |              |               |             |         |

## Aprensões

[illegible]

## Qualificação dos Envolvidos

| Condição                        |                                | Veículo = V                  | Autor = A                                       | Indiciado = I | Sinistrado = S | Testemunha = T    | Condutor = C | Proprietário = PA                       | Passageiro = PA | Pedestre = PE      | Parte = P |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|----------------|-------------------|--------------|-----------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Nº                              | Condição                       | Nome Completo (Não Abreviar) |                                                 |               |                |                   |              | RG                                      | DT              | UF                 |           |
| 01                              | C                              | MOISES BENEDITO RIBEIRO      |                                                 |               |                |                   |              | 41194951241-1                           | 11              | SP                 |           |
| <input type="checkbox"/>        | Exatidão (Menor de 12 Anos)    | Pa                           | DANIEL BENEDITO RIBEIRO MARIA MADALENA DE JESUS |               |                |                   |              |                                         |                 |                    |           |
| <input type="checkbox"/>        | Adolescente (Menor de 18 Anos) |                              |                                                 |               |                |                   |              |                                         |                 |                    |           |
| Nacionalidade                   |                                | BRAS                         |                                                 | Naturalidade  |                | MOGI GUACU        |              | UF                                      | Sexo            | Data de Nascimento |           |
|                                 |                                |                              |                                                 |               |                |                   |              | SP                                      | MASC.           | 11/05/1918         |           |
| Cúpis (Pele)                    |                                | BRANCA                       |                                                 | Estado Civil  |                | SOLT.             |              | Profissão                               |                 | Idade              |           |
|                                 |                                |                              |                                                 |               |                |                   |              |                                         |                 |                    |           |
| Endereço (Ar, Rua, Número, Etc) |                                |                              |                                                 |               |                |                   |              | Complemento, Andar, Apart., Bloco, Etc. |                 |                    |           |
| R: LUIZIA FERNANDES Nº 163      |                                |                              |                                                 |               |                |                   |              |                                         |                 |                    |           |
| Bairro                          |                                |                              |                                                 |               |                | Município         |              | UF                                      |                 |                    |           |
| Jd. SUECIA                      |                                |                              |                                                 |               |                | MOGI GUACU        |              | SP                                      |                 |                    |           |
| CEP                             |                                |                              |                                                 | Telefone      |                | Local de Trabalho |              |                                         |                 |                    |           |
| 11840000                        |                                |                              |                                                 | 92174897      |                |                   |              |                                         |                 |                    |           |

Versão do: AO PASSAR POR BURACO PERDEU O CONTROLE.

**Assigned**

Preencher em Letra de Forma

## Qualificação dos Envolvidos

1º OFÍCIO  
Mogi Guçu

Fis. 961

OFÍCIO  
Mogi Guçu

781

my

| Condição                                                                                                       | Vítima = V | Autor = A                    | Indiciado = I | Sindicação = S | Testemunha = T | Condutor = C      | Proprietário = PR | Passageiro = PA                        | Pedestre = PE | Polícia = P        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|---------------|----------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------------------------------|---------------|--------------------|----|
| Nº                                                                                                             | Condição   | Nome Completo (Não Abreviar) |               |                |                |                   | RG                | DC                                     |               |                    | UF |
| <input type="checkbox"/> Criança (Menor de 12 Anos)<br><input type="checkbox"/> Adolescente (Menor de 18 Anos) |            | Pai                          |               |                |                |                   | Mãe               |                                        |               |                    |    |
| Nacionalidade                                                                                                  |            |                              |               |                | Naturalidade   |                   |                   | UF                                     | Sexo          | Data de Nascimento |    |
| Céus (Pele)                                                                                                    |            |                              | Estado Civil  |                |                | Profissão         |                   | Vulgo                                  |               |                    |    |
| Endereço (Av., Rua, Número, Etc.)                                                                              |            |                              |               |                |                |                   |                   | Complemento, Andar, Apto., Bloco, Etc. |               |                    |    |
| Bairro                                                                                                         |            |                              |               |                | Município      |                   |                   | UF                                     |               |                    |    |
| CEP                                                                                                            |            |                              | Telefone      |                |                | Local de Trabalho |                   |                                        |               |                    |    |
| Assinatura                                                                                                     |            |                              |               |                |                |                   |                   |                                        |               |                    |    |

## Qualificação dos Envolvidos

| Condição                                                                                                       | Vítima = V | Autor = A                    | Indiciado = I | Sindicação = S | Testemunha = T | Condutor = C      | Proprietário = PR | Passageiro = PA                        | Pedestre = PE | Polícia = P        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|---------------|----------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------------------------------|---------------|--------------------|----|
| Nº                                                                                                             | Condição   | Nome Completo (Não Abreviar) |               |                |                |                   | RG                | DC                                     |               |                    | UF |
| <input type="checkbox"/> Criança (Menor de 12 Anos)<br><input type="checkbox"/> Adolescente (Menor de 18 Anos) |            | Pai                          |               |                |                |                   | Mãe               |                                        |               |                    |    |
| Nacionalidade                                                                                                  |            |                              |               |                | Naturalidade   |                   |                   | UF                                     | Sexo          | Data de Nascimento |    |
| Céus (Pele)                                                                                                    |            |                              | Estado Civil  |                |                | Profissão         |                   | Vulgo                                  |               |                    |    |
| Endereço (Av., Rua, Número, Etc.)                                                                              |            |                              |               |                |                |                   |                   | Complemento, Andar, Apto., Bloco, Etc. |               |                    |    |
| Bairro                                                                                                         |            |                              |               |                | Município      |                   |                   | UF                                     |               |                    |    |
| CEP                                                                                                            |            |                              | Telefone      |                |                | Local de Trabalho |                   |                                        |               |                    |    |
| Assinatura                                                                                                     |            |                              |               |                |                |                   |                   |                                        |               |                    |    |

Croquis

Preencher em todas as Ocorrências

Características do Local

|                                      |                                                       |                                         |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Banco       | <input type="checkbox"/> Favela                       | <input type="checkbox"/> Interno        |
| <input type="checkbox"/> Via Pública | <input type="checkbox"/> Estabelecimento Comercial    | <input type="checkbox"/> Externo        |
| <input type="checkbox"/> Casa        | <input type="checkbox"/> Habitação Coletiva           | <input type="checkbox"/> Preservado     |
| <input type="checkbox"/> Apartamento | <input checked="" type="checkbox"/> Outras SANTA CASA | <input type="checkbox"/> Não Preservado |

Iluminação

|                                                  |                                                            |                                 |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Luz Solar               | <input checked="" type="checkbox"/> Não com Luz Artificial | <input type="checkbox"/> Sem    |
| <input type="checkbox"/> Entardecer ou Amanhecer | <input type="checkbox"/> Não com Luz Artificial            | <input type="checkbox"/> Hébica |
|                                                  |                                                            | <input type="checkbox"/> Chuva  |

Preencher em caso de Acidente de Trânsito

Tipo de Acidente

|                                     |                                          |                                     |
|-------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Choque     | <input type="checkbox"/> Capotamento     | <input type="checkbox"/> Semáforo   |
| <input type="checkbox"/> Colisão    | <input type="checkbox"/> Engavetamento   | <input type="checkbox"/> Operando   |
| <input type="checkbox"/> Abatimento | <input type="checkbox"/> Atrop. Pedestre | <input type="checkbox"/> Delituoso  |
| <input type="checkbox"/> Tombamento | <input type="checkbox"/> Atrop. Animal   | <input type="checkbox"/> Desligado  |
| <input type="checkbox"/> Outro      |                                          | <input type="checkbox"/> Inoperante |

Outras formas de Lesão Física

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

Quais?

Tipo de Pista

|                                          |                                   |                                             |
|------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asfalto         | <input type="checkbox"/> Terra    | <input type="checkbox"/> Condições de Pista |
| <input type="checkbox"/> Paralelepípedos | <input type="checkbox"/> Cascalho | <input type="checkbox"/> Seca               |
| <input type="checkbox"/> Concreto        |                                   | <input type="checkbox"/> Molhada            |
|                                          |                                   | <input type="checkbox"/> Inundada           |
|                                          |                                   | <input type="checkbox"/> Esburacada         |
|                                          |                                   | <input type="checkbox"/> Entulhada          |
|                                          |                                   | <input type="checkbox"/> Obstruída          |
|                                          |                                   | <input type="checkbox"/> Em Obras           |
|                                          |                                   | <input type="checkbox"/> Interrompida       |

1º OFÍCIO  
Mogi Guaçu  
Fis. 963  
MOGI  
FLS. 98

Relatório da Guarda Municipal

POR DETERMINAÇÃO DO ICBOM II ESTA DESLOCOU A SANTA CASA, ONDE CONDUTOR NA RELATOU QUE CONHECEIA SUA MOTOCICLETA JA QUALIFICADA EM Pauta, pelo local dos fatos, e ao passar por um buraco, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR AO CHÃO, SURTINDO ESCORVADES EM AMBAS AS MÃOS SENDO SOCORRIDO POR MORADORES ATÉ A SANTA CASA, SENDO INDICADO E LIBERADO. FASES APRESENTADO NO PLANTÃO POLICIAL, E NAÕ FOI ELABORADO O B.O.

|                    |                              |              |      |                |            |
|--------------------|------------------------------|--------------|------|----------------|------------|
| R.E. (Encarregado) | Nome de Guerra (Encarregado) | Assinatura   | R.E. | Nome de Guerra | Assinatura |
| XXXXXX             | GALLIANO                     | [Assinatura] |      |                |            |
| R.E.               | Nome de Guerra               | Assinatura   | R.E. | Nome de Guerra | Assinatura |
| XXXXXX             | LEMC                         | [Assinatura] |      |                |            |

Destino da Ocorrência

Guarcho Plantonista

Plantonista da Polícia Civil

Distrito Policial

Nome do Delegado de Polícia

|              |                      |                                          |
|--------------|----------------------|------------------------------------------|
| Supervisor   | Cmt. Operacional     | S.M.S.                                   |
| [Assinatura] | Clayton Adolfo Costa | CESTALIO APARECIDO DE MACHADO            |
|              |                      | Voto Secreário do Conselho de Supervisão |

Autenticação

CERTIFICADO DE AUTENTICAÇÃO

COPIA

Preencher em Letra de Forma

M. Guaçu, 18/09/2015

JORGE GRAH

Director-Adm. da GMMG

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

## AMBULATÓRIO

NOTA 37021

Mogi Guaçu, 20 de 05 de 2008

Paciente: Moises Benedito Ribeiro

[illegible]

**ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO**

|                                   |                            |                                        |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|
| Leito : 003406                    | Data Abertura : 27/04/06   | 1.º OFICIN<br>Mngt. Guicqu<br>Fls. 985 |
| Convênio : B7 - ALID. INTERSIO    | Núm.Atendimento : 0000438/ |                                        |
| Paciente : RUISES RENEIRO RIBEIRO | Previduário : 011638/06    | tipo Atendimento: Ambul. / P.S.        |
| Médico : RUI CLAUDIO F. LEMES     | USF : 129142               | Clinica:                               |
| Data Atend : 16/03/06 - 00:00     | Cirurgias: / /             | Saida: / /                             |
| Leito :                           | Acomodacao:                | tipo Acomodacao:                       |

Relacao dos Servicos Hospitalares

| Código     | Descrição             | Qtde | Data     | Valor Unitario | Unid. | Unid. em R\$ | Valor total R\$ |
|------------|-----------------------|------|----------|----------------|-------|--------------|-----------------|
| 0000001    | INDICADOR             | 1.00 | 16/03/06 | 12.25          | R\$   | 12.25        | 12.25           |
| 0000002    | DETA INDICADOR DE SER | 1.00 | 16/03/06 | 6.14           | R\$   | 6.14         | 6.14            |
| 0000003    | TRATAMENTO MEDIC      | 3.00 | 16/03/06 | 8.15           | R\$   | 8.15         | 24.45           |
| 0000004    | DETA DE ACOMODACAO    | 1.00 | 16/03/06 | 18.50          | R\$   | 18.50        | 18.50           |
| 0000005    | SALA PROCEDIMENTOS    | 1.00 | 16/03/06 | 35.00          | R\$   | 35.00        | 35.00           |
| 0000006    | DETA HUNGRI DEIV      | 1.00 | 16/03/06 | 4.33           | R\$   | 4.33         | 4.33            |
| SUB TOTAL: |                       |      |          |                |       |              | 100.67          |

Relacao dos Servicos Auxiliares Diagnose e Terapias

| Código     | Descrição | Data     | Qtde | Valor Unit. | Unid. | Unid. em R\$ | Valor Total R\$ |
|------------|-----------|----------|------|-------------|-------|--------------|-----------------|
| 0000007    | DETA      | 16/03/06 | 1.00 | 45.00       | R\$   | 45.00        | 45.00           |
| 0000008    | DETA      | 16/03/06 | 1.00 | 45.00       | R\$   | 45.00        | 45.00           |
| SUB TOTAL: |           |          |      |             |       |              | 90.00           |

Relacao dos Medicamentos Consumidos

| Código                | Descrição           | Qtde  | Data     | Setor    | Unidade | Unid. em R\$ | Valor Total R\$ |
|-----------------------|---------------------|-------|----------|----------|---------|--------------|-----------------|
| 0000009               | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 1.00  | 16/03/06 | Enfermar | FRASCO  | 11.74        | 11.74           |
| 0000010               | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 10.00 | 16/03/06 | Enfermar | FR      | 1.54         | 15.40           |
| 0000011               | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 1.00  | 16/03/06 | Enfermar | FRASCO  | 3.90         | 3.90            |
| 0000012               | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 1.00  | 16/03/06 | Enfermar | FRASCO  | 4.90         | 4.90            |
| SUB TOTAL ENFERMARIA: |                     |       |          |          |         |              | 35.94           |
| SUB TOTAL:            |                     |       |          |          |         |              | 35.94           |

Relacao dos Materiais Consumidos

| Código  | Descrição           | Qtde  | Data     | Setor    | Unidade | Unid. em R\$ | Valor total R\$ |
|---------|---------------------|-------|----------|----------|---------|--------------|-----------------|
| 0000013 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 1.00  | 16/03/06 | Enfermar | UNIDADE | 4.00         | 4.00            |
| 0000014 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 3.00  | 16/03/06 | Enfermar | UNIDADE | 0.30         | 0.90            |
| 0000015 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 1.00  | 16/03/06 | Enfermar | UNIDADE | 1.45         | 1.45            |
| 0000016 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 25.00 | 16/03/06 | Enfermar | UNIDADE | 0.06         | 1.50            |
| 0000017 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 2.00  | 16/03/06 | Enfermar | FR      | 3.97         | 7.94            |
| 0000018 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 20.00 | 16/03/06 | Enfermar | UN      | 0.05         | 1.00            |
| 0000019 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 30.00 | 16/03/06 | Enfermar | UN      | 0.05         | 1.50            |
| 0000020 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 20.00 | 16/03/06 | Enfermar | UN      | 0.02         | 0.40            |
| 0000021 | FRASCO 1000 ML. 1.0 | 1.00  | 16/03/06 | Enfermar | FR      | 1.85         | 1.85            |

DATA: 20/05/2003 - Mod: G19

|      |      |
|------|------|
| 0.75 | 0.75 |
| 0.40 | 0.40 |
| 0.25 | 0.25 |
| 0.15 | 0.15 |

Blue: 125.00

Tot. bble.: 146.09

SUB TOTAL HOSPITAL: 261.45

College: PSYC1000

URI: [None Prestador](#)

Update Data

Unit L.69 Et

Valor total \$:

COPIES LEFT IN FILED COPY

127142 AN LAMINA F. FLUSSI

1.00 16/03/08

105.00

134.50

GIR TOTAL: 136.50

100% 使用: 397.95

Arm. Ste. ~~Casa~~ ~~Gracu~~

~~Irm. Sta. Caza~~

## RELATORIO MEDICO

1º OFÍCIO  
Mogi Guaçu

Fls. 063

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 ( )

115. 987

1 - Nome do paciente:

Moses Benedito Ribeiro

Data de Nascimento

19/03/88

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

16/03/88

Data dos demais atendimentos

Diagnóstico / Causas Básicas

- contusão joelho D

- contusão mão E

- Esboços generalizados cotovelo D, joelho E

- fratura de navio

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

16/03/88

Exames

Rx joelho D

Rx mão E

Resultados

S/ lesões

6 - Tratamentos realizados

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

Descrição consulta + Rx + medicamentos + tratamentos físicos

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<br>(1 a 25%)       | Médio<br>(26 a 50%) | Máximo<br>(51 a 75%) | Total<br>(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

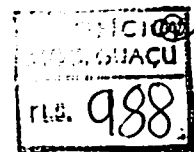
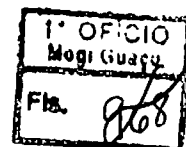
M. Siqueira - SP  
Local

10/03/08  
Data

ASSINATURA DO MÉDICO

Dra. Ana Clara F. Silva  
Médica  
CRM - 12.142

4142.



## 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\$ 347,95, (TREZENTOS E NOVENTA SETE REAIS E NOVENTA CINCO CENTAVOS.) correspondente às despesas de Assistência médica e hospitalar prestadas pelo CESSIONARIO em razão do acidente automobilístico ocorrido em 16/03/08, no qual foi vítima MOISES BENEDITO RIBEIRO, nacionalidade, BRASILEIRA, estado civil, SOLTEIRO, profissão, ESTUDANTE, RG, 41.949.524-1, inscrito no CPF sob nº 360.489.428-00, residente na RUA: LUZIA FERNANDES, Nº 163, Bairro Jd. SUÉCIA, na Cidade MOGI GUAÇU, Estado S.P. CEP, 13.840-000, Telefone de contato, (19) 9214-4851.

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.

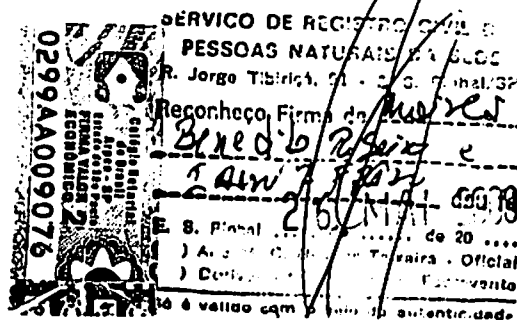
O CESSIONARIO, por sua vez, declara concordar com a cessão, como também que o CEDENTE não se responsabiliza pelo recebimento do crédito ora cedido, estando ciente de que seu reembolso estará sujeito aos procedimentos que regulam a liquidação de um seguro de DPVAT, inclusive a aplicação de tabela própria,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

26 MAI 2008

MOGI GUAÇU, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

CEDENTE: [Assinatura]

CESSIONARIO: [Assinatura]



**Convênio de Seguros de DPVAT**  
**Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS**  
**Sinistro: 2008/178378 - 1**

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

Vítima: MOISES BENEDITO RIBEIRO

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: SANDRO ESTEFÂNI

Data Acidente: 16/03/2008

Diagnóstico:

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

Tratamento: CONSERVADOR/CLÍNICO

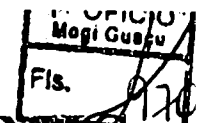
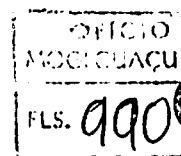
Internação: NÃO

Tratamento Odontológico: NÃO

| Item                                          | Pleiteado | Avaliado |
|-----------------------------------------------|-----------|----------|
| Honorários Médicos                            | 136,50    |          |
| 00.01.006-5 EM PRONTO SOCORRO - 00.01.006-5   |           | 50,70    |
|                                               | 136,50    | 50,70    |
| Hospital (Taxas/Diarias)                      |           |          |
| 0010 CURATIVO MÉDIO/UNITÁRIO                  | 24,45     | 24,45    |
| 0056 SALA DE ENFAIXAMENTO/USO                 | 35,00     | 9,60     |
| 0057 SALA OBSERVAÇÃO (ATÉ 6 HORAS)/USO        | 18,50     | 18,50    |
| 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     |
|                                               | 100,67    | 61,67    |
| Exames                                        | 96,00     |          |
| 32.03.012-6 MÃO OU QUIRODÁCTILOS              |           | 18,07    |
| 32.04.006-7 JOELHO: A.P. - LATERAL            |           | 19,32    |
|                                               | 96,00     | 37,39    |
| Materiais                                     |           |          |
| 0001 MATERIAIS DIVERSOS                       | 28,84     | 28,84    |
|                                               | 28,84     | 28,84    |
| Medicamentos                                  |           |          |
| 99999-ZZZZ MEDICAMENTOS DIVERSOS GERAL - (999 | 35,94     | 35,94    |
|                                               | 35,94     | 35,94    |

**Convênio de Seguros de DPVAT**  
**Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS**  
**Sinistro: 2008/178378 - 1**

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



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**

**397,95**

**214,54**

Outras Taxas são taxas sem cobertura.

INDICADORES: Valores avaliados conforme normas do Convênio do Seguro de DPVAT, Brasindice,  
Parâmetros de Reembolso de DAMS (PRD), Colégio de Radiologia, etc...

Observação

**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        | 397,95        | 214,54        | 214,54        |
| Termo: OK                                                |             |             |             |               |               |               |
| UD Megadata: 02/06/2008                                  | ---         | ---         |             | ---           | ---           |               |
| Procurador: IRANI RIBEIRO FRAZÃO                         | ---         | ---         |             | ---           | ---           |               |
| <b>Total</b>                                             | <b>0,00</b> | <b>0,00</b> | <b>0,00</b> | <b>397,95</b> | <b>214,54</b> | <b>214,54</b> |

**Total Avaliado para este Sinistro:**

**214,54**

**Total Pleiteado para este Sinistro:**

**397,95**

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

  
ROGÉRIO S. MEIRA  
SUPERVISOR

**GABRIEL**  
**CNIS/DAMS**