

PLANILHA DE DISCRIMINAÇÃO DE CÁLCULO

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

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

Vítima: **ROSIMEIRE LIMA DA SILVA**

Data do Cálculo: 18.08.2008

Valor da Indenização Pleiteada em 02.06.2008: R\$ 731,94

Valor Parcialmente Quitado em 13.06.2008: R\$ 463,99

Diferença Valor Devido e Recebido: R\$ 731,94 – R\$ 463,99 = R\$ 267,95

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\$ 267,95 $\times$ 39,025474 $\times$ 39,251821 = R\$ 269,50

Valor Corrigido: R\$ 269,50

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

Valor Principal	Data de Vencimento	Valor Atualizado
R\$ 269,50	03.07.2008	R\$ 273,64

Valor total atualizado até o dia 18.08.2008: **R\$ 273,64 (DUZENTOS E SETENTA E TRÊS REAIS E SESSENTA E QUATRO CENTAVOS)**

1º OFÍCIO
Mogi Guaçu
Fls. 1029

1029

mg



Dependência: DEL. SEC. POL. DE MOGI GUAÇU
Boletim número : 001071/2008

FL. : 001
: 27/03/2008
00000017000

BOLETIM DE OCORRENCIA DE AUTORIA CONHECIDA

NATUREZA(S) : ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA
LOCAL : AV. FRANCISCO FRANCO DE GODOI BUENO S/N
COMPLEMENTO : PEDREGULHAL - 12 D.P
TIPO-LOCAL : VIA PUBLICA-RUA/AV./VILA/PRACA
CIRCUNSCRICAO : OUTRAS DELEGACIAS
DATA OCORRENCIA : 27/03/2008 HORA: 19:00
DATA COMUNICACAO : 27/03/2008 HORA: 20:51
ELABORADO EM : 27/03/2008 HORA: 20:53

CERTIDÃO
Certifico que a presente cópia confere
com a original
Mogi Guaçu.
ESCRITÓRIO

Vítimas:

- ROSEMEIRE LIMA DA SILVA (GARUPA) --- Não presente ao Plantão --- Documento : RG. 42.405.378
Pai : ANTONIO CARLOS PEDRO DA SILVA --- Mãe : MARINES LIMA DA SILVA --- Natural de : M. MIRIM - SP
Nacionalidade : BRASILEIRA --- Sexo : F --- Cor da Pele : Branca --- Nascimento : 10/03/1982 26 Anos
Estado Civil : Solteiro --- Profissão : OFFICE GIRL --- Endereço Residencial : --- R. JOSE RODRIGUES FILHO 15
SERRA DOURADA --- M. GUAÇU - SP --- Fone : (0019) 3861-4301

Condutores:

- DAYANE KAREN DO CARMO (VITIMA) --- Não presente ao Plantão --- Documento : RG. 40.674.724
Pai : PAULO ROBERTO DO CARMO --- Mãe : MARIA ELISABETE BELARMINO DO CARMO --- Natural de : E.S. DO PINHAL - SP
Nacionalidade : BRASILEIRA --- Sexo : F --- Cor da Pele : Branca --- Nascimento : 27/11/1986 21 Anos
Estado Civil : Solteiro --- Profissão : MOTO GIRL --- Endereço Residencial :
R. JOSE RODRIGUES DOS SANTOS 141 --- PO. SÃO JOSE --- ESTIVA GERBI - SP --- Fone : (0019) 9629-6132
Condução : CNH 03556362908 --- Ponto de referência : CAT. AB, VAL. 03.12.2005

HISTÓRICO

PRESENTES OS GMS. BRITO E MARIANO OS QUAIS SOLICITADOS NA SANTA CASA ONDE EM CONTATO COM AS VITIMAS APURARAM QUE, AS MESMAS TRAFEGAVAM PELO LOCAL DOS FATOS COM A MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN KS, COR PRATA, ANO 2002, PLACAS DMB-2319-M. GUAÇU, SENTIDO AV. BRASIL, QUE ERA PILOTADA POR DAYANE, QUANDO UM GATO ATRAVESSOU SUA FRENTE, FAZENDO COM QUE ELA PERDESSE O CONTROLE E CAISSE AO SOLO. QUE COM A QUEDA TANTO A CONDUTORA QUANTO A GARUPA SE FERIRAM. SOCORRIDAS PELA AMBULANCIA ATÉ A SANTA CASA, ONDE FORAM MEDICADAS E LIBERADAS. MOTOCICLETA COM DOCUMENTOS EM ORDEM.

OFÍCIO
MOGI GUACU
FLS. 1031

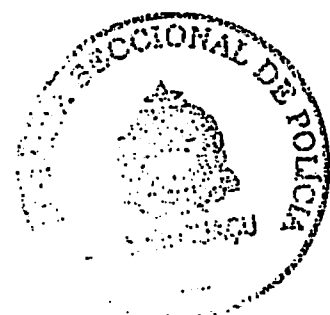
Dependência: D.L. SEC. POL. DE MOGI GUACU
Boletim Número : 001071/2008

FL.: 002
Emitido em : 27/03/2008
0150B686A6C0B17565

SOLU O : B.O.

VANDERLEY DE LIMA
INVESTIPOL

DR. LUIZ ROBERTO JANINI ORTIZ
DELEGADO DE POLICIA



COPIA confere

RELATORIO MEDICO

1º OFÍCIO
Mogi Guaçu
Fls. 1028

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: Doença Limda Silva Data de Nascimento 10/33

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

2 - Data do início da Doença ou Acidente 10/33

3 - Atendimento Ambulatorial

Data do 1º atendimento 27, 03, 08

Data dos demais atendimentos 28, 03, 08
04, 04, 08
1, 1, 1

Diagnóstico / Causas Básicas

- Contusão punho (E)
- Acidente de trânsito

4 - Atendimento Hospitalar

IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU

Telefone 3861-1313

Data da 1ª Internação _____

Data das demais Internações _____

Diagnósticos / Causas Básicas

5 - Principais exames complementares realizados

Datas	Exames	Resultados
____/____/____	____	____
____/____/____	____	____
____/____/____	____	____
____/____/____	____	____

6 - Tratamentos realizados

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

Descrição consulta + aparelhos de imobilização (tala)

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

Médico	Telefone
____	____
Hospital	Telefone
____	____

Dr. Henrique Goni
Ortopedia e Traumatologia

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

11.5.2008 - SP
Local

04.04.08
Data

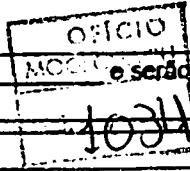
Fábio Henrique Gomi
Ortopedia e Traumatologia
ASSINATURA DO MÉDICO

RELATORIO MEDICO

1º OFÍCIO
Mogi Guaçu

Fls. 1009

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:

Rosemeire Lima da Silva

Data de Nascimento

10/03/82

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

2 - Data do início da Doença ou Acidente

27, 03, 08

3 - Atendimento Ambulatorial

Data do 1º atendimento

27, 03, 08

Data dos demais atendimentos

28, 03, 08

04, 04, 08

/ /

Diagnóstico / Causas Básicas

- Politraumatismo (Pe E, mais E, pulso E)
- Escoriações generalizadas
- Acidente de moto

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

27, 03, 08

/ /

04, 04, 08

Exames

Rx Pe E

Rx Mão E

Rx Pulso E

Resultados

S/ lesão óssea

S/ lesão óssea

6 - Tratamentos realizados

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

Descrição: Wrist + Rx + ortótese + Medicação
Av. Data: pedista

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

Médico

FABIO HENRIQUE GOMI

Telefone

3861/1313

Hospital

Sta casa M. Guaçu

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? () 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

04, 04, 08
Data

Dr. Celso Roberto Sardi
CRM 25.100
ASSINATURA DO MÉDICO

Conta : 003/462
Convênio : UNIV - ACID. TRANSITO

Data Abertura : 27/04/08
Aut. Atendimento : 03005539

1º OFICIO
Mogi Guaçu
Fls. 1010

Paciente : RUISEIRE LIMA DA SILVA Fronteiriço : 0118149/08 Tipo Atendimento: Ambul. / P.S.

Médico : CELSO RUISEIRE LIMA DA SILVA

CRM : 035140

Clinica:

Data Atend : 27/03/08 - 19:54

Cirurgia: / /

Saida: / /

Leito : Acomodacao:

tipo Acomodacao:

OFICIO
Mogi Guaçu
Fls. 1035

Relacao dos Servicos Hospitalares

Cod	Descricao	Qtde	Data	Valor Unitario	Unid.	Unid.em R\$	Valor Total R\$
0000001	IRRADIACAO	1.00	27/03/08	12.25	R\$	12.25	12.25
0000002	TAXA INSTALACAO DE SORO	1.00	27/03/08	6.14	R\$	6.14	6.14
0000004	QUANTO MEDIO	3.00	27/03/08	8.15	R\$	8.15	24.45
0000010	TAXA DE OBSERVACAO	1.00	27/03/08	18.50	R\$	18.50	18.50
0000011	SALA PRELIMINAR/USO	1.00	27/03/08	35.00	R\$	35.00	35.00
0000011	SALA PRELIMINAR/USO	1.00	28/03/08	35.00	R\$	35.00	35.00
0000013	TAXA SALA GESSO	1.00	28/03/08	32.80	R\$	32.80	32.80
0000018	TAXA INJECAO IM/IV	1.00	27/03/08	4.33	R\$	4.33	4.33
SUB TOTAL:							168.47

Relacao dos Servicos Auxiliares Diagnose e Terapias

Codigo	Descricao	Qtde	Data	Valor Unit.	Unid.	Unid.em R\$	Valor Total R\$
32040105	FE OU FUNDAMENTOS	1.00	27/03/08	45.00	R\$	45.00	45.00
32040126	FE OU FUNDAMENTOS	1.00	27/03/08	45.00	R\$	45.00	45.00
32040118	FE	1.00	04/04/08	45.00	R\$	45.00	45.00
SUB TOTAL:							135.00

Relacao dos Medicamentos Consumidos

Cod	Descricao	Qtde	Data	Setor	Unidade	Unid.em R\$	Valor Total R\$
00010361	PARACETOL 1000 MG. E.V	1.00	27/03/08	Enfermar	FRASCO	11.74	11.74
00013697	TRUJAL FUADA 300	10.00	27/03/08	Enfermar	GR	1.54	15.40
00015783	RINGER L/LACT. 500ML	1.00	27/03/08	Enfermar	FRASCO	3.90	3.90
00016572	SORO GLUCOSADO 10% 500ML	1.00	27/03/08	Enfermar	FRASCO	4.90	4.90
SUB TOTAL MATERIA:							35.94
SUB TOTAL:							35.94

Qtde.: 13.00

Relacao dos Materiais Consumidos

Codigo	Descricao	Qtde	Data	Setor	Unidade	Unid.em R\$	Valor Total R\$
00030382	ALGAMA UNICOPIEDICO 10 UT	5.00	28/03/08	Sala	UNIDADE	0.25	1.25
00030779	ALGAMA CURE 15 UT	3.00	28/03/08	Sala	UNIDADE	1.45	4.35
00030833	ALGAMA GESSO 10 UT	2.00	28/03/08	Sala	UNIDADE	2.80	5.60
SUB TOTAL SALA:							11.20
00030043	AMUCALH - T H 18	1.00	27/03/08	Enfermar	UNIDADE	4.00	4.00
00030248	ALGUA 40 X 12 DES:	3.00	27/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.30	0.90

00030779 ATENDIDA URETE 13 UMI	1.00	27/03/08	Enfermar	UNIDADE	1.45	1.45
00031961 LIMPESÇA DE URE 7.5 X 7.5	25.00	27/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.05	1.50
00032216 BAIUFO P/SUQU	2.00	27/03/08	Enfermar	PI	3.97	7.94
00032291 ESPALMADO	20.00	27/03/08	Enfermar	UM	0.05	1.00
00032291 ESPALMADO	30.00	27/03/08	Enfermar	UM	0.05	1.50
00032453 FITA ADESIVA BRANCA 19 X 50 M	20.00	27/03/08	Enfermar	UM	0.02	0.40
00032650 LUNA II 7.5	1.00	27/03/08	Enfermar	PAR	1.85	1.85
00032933 LUNA FMC ESTERIL M	1.00	27/03/08	Enfermar	PAR	0.95	0.95
00033310 FUMIGANTE DECONTAMTE	10.00	27/03/08	Enfermar	PL	0.40	4.00
00033336 FUMIGANTE HIPICO	10.00	27/03/08	Enfermar	PL	0.29	2.90
00033336 FUMIGANTE HIPICO	1.00	27/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.45	0.45
Subtotal:					SUB TOTAL EFETIVADA:	28.64
Subtotal:					SUB TOTAL:	40.04
Tot. Subtotal:					SUB TOTAL HOSPITAL:	389.94

Relacao dos Honorarios Medicos

Codigo	Descricao	UMI	Nome Prestador	Utd	Data	Unidade R\$	Valor total R\$
00010065	CONSULTA PRONTO SOCORRO	030140	CELSO MENEZES CORREIA SA	1.00	27/03/08	105.00	105.00
00010065	CONSULTA PRONTO SOCORRO	071207	FABIO HENRIQUE GUMI	1.00	28/03/08	105.00	105.00
52200015	FERIDO SUPERIOR	071207	FABIO HENRIQUE GUMI	1.00	28/03/08	27.00	27.00
00010065	CONSULTA PRONTO SOCORRO	071207	FABIO HENRIQUE GUMI	1.00	04/04/08	105.00	105.00
SUB TOTAL:							342.00
TOTAL GERAL:							731.94

Imp. Sta. Casa Nis. Hugo Guscu
Encarregado do Departamento
JOSE MASCARINI

4125

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS

FLS. 1037

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\$ ₹31,94, (SETECENTOS E TRINTA-UM REAIS E NOVENTA QUATRO CENTAVOS.) correspondente às despesas de Assistência médica e hospitalar prestadas pelo CESSIONARIO em razão do acidente automobilístico ocorrido em 27/03/08, no qual foi vítima ROSEMEIRE LIMA DA SILVA, nacionalidade, BRASILEIRA, estado civil, SOLTEIRA, profissão, OFFICE GIRL, RG, 42.405.388, inscrito no CPF sob nº 292.669.588-01, residente na RUA: JOSE RODRIGUES FILHO, Nº 15, Bairro SERRA DOURADA, na Cidade MOGI GUAÇU, Estado S.P. CEP, 13.844-162, Telefone de contato, (19) 3861-4301.

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 _____.

DEPT. REG. CIVIL
E. S. Pinhal

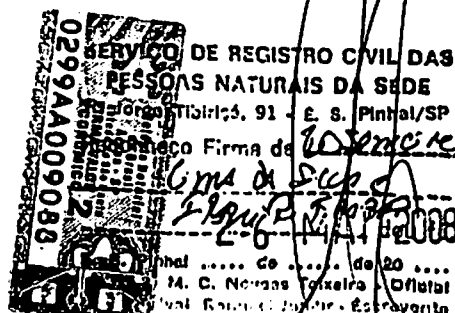
CEDENTE, _____

CESSIONARIO

DEPT. REG. CIVIL
E. S. Pinhal

CESSIONARIO, _____

CEDENTE



Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178242 - 1

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

Vítima: ROSEMEIRE LIMA DA SILVA

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: GLORIA BIANCA A

Data Acidente: 27/03/2008

Diagnóstico:

Ferim do punho e da mao - Ferim do punho e da mao parte NE (S61.09)

Tratamento: CONSERVADOR/CLÍNICO

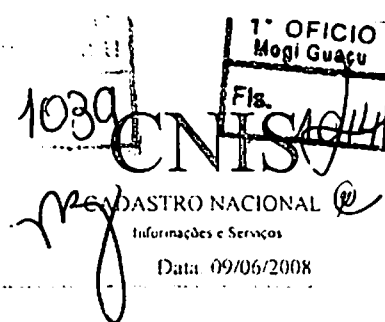
Internação: NÃO

Tratamento Odontológico: NÃO

Item	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	342,00	
00.01.006-5 EM PRONTO SOCORRO - 00.01.006-5		152,10
52.23.001-5 MEMBRO SUPERIOR - 52.23.001-5		11,70
	342,00	163,80
Hospital (Taxas/Diarias)		
0010 CURATIVO MÉDIO/UNITÁRIO	24,45	24,45
0055 SALA DE GESSO/USO	32,80	32,80
0057 SALA OBSERVAÇÃO (ATÉ 6 HORAS)/USO	18,50	18,50
0058 SALA DE PROCEDIMENTO/USO	70,00	70,00
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
	168,47	166,87
Exames	145,49	
32.03.011-8 PUNHO: A.P. - PERFIL - OBLÍQUAS		19,95
32.03.012-6 MÃO OU QUIRODÁCTILOS		18,07
32.04.010-5 PÉ OU PODODÁCTILOS		19,32
	145,49	57,34
Materiais		
0001 MATERIAIS DIVERSOS	40,04	40,04
	40,04	40,04

Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178242 - 1

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



Medicamentos		
99999-ZZZZ MEDICAMENTOS DIVERSOS GERAL - (999	35,94	35,94
	35,94	35,94
Farmácia		
	0,00	0,00
Taxas Odontológicas		
	0,00	0,00
Outras Taxas (*)		
	0,00	0,00
Total Final	731,94	463,99

Outras Taxas são taxas sem cobertura.

INDICADORES: Valores avaliados conforme normas do Convênio do Seguro de DPVAT, Brasíndice, Parâmetros de Recurso 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	731,94	463,99	463,99
Termo: OK						
UD Megadata: 02/06/2008	---	---		---	---	
Procurador: IRANI RIBEIRO FRAZÃO	---	---		---	---	
Total	0,00	0,00	0,00	731,94	463,99	463,99
Total Avaliado para este Sinistro:	463,99	Total Pleiteado para este Sinistro:		731,94		


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


ROGÉRIO S. MEIRA
SUPERVISOR

GABRIEL
CNIS/DAMS