

1.º Ofício
Mogi Guaçu
Fls. 1095

PLANILHA DE DISCRIMINAÇÃO DE CÁLCULO

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

OFÍCIO
MOGI GUAÇU
FLS. 1120

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

Vítima: **SAMIRA DE OLIVEIRA**

Data do Cálculo: 18.08.2008

Valor da Indenização Pleiteada em 02.06.2008: R\$ 503,41

Valor Parcialmente Quitado em 13.06.2008: R\$ 258,89

Diferença Valor Devido e Recebido: R\$ 503,41 – R\$ 258,89 = R\$ 244,52

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\$ 244,52 $\times$ 39,025474 $\times$ 39,251821 = R\$ 245,94

Valor Corrigido: R\$ 245,94

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

Valor Principal	Data de Vencimento	Valor Atualizado
R\$ 245,94	03.07.2008	R\$ 249,71

Valor total atualizado até o dia 18.08.2008: **R\$ 249,71 (DUZENTOS E QUARENTA E NOVE REAIS E SETENTA E UM CENTAVOS)**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO SEGURO DE VIT

SAINT-PIERRE-D'ELVING

1. NAME _____
 2. ADDRESS _____
 3. CITY _____
 4. STATE _____
 5. ZIP _____
 6. PHONE _____
 7. DATE _____
 8. SIGNATURE _____
 9. PRINT NAME _____
 10. PRINT ADDRESS _____
 11. PRINT CITY _____
 12. PRINT STATE _____
 13. PRINT ZIP _____
 14. PRINT PHONE _____
 15. PRINT DATE _____
 16. PRINT SIGNATURE _____
 17. PRINT NAME _____
 18. PRINT ADDRESS _____
 19. PRINT CITY _____
 20. PRINT STATE _____
 21. PRINT ZIP _____
 22. PRINT PHONE _____
 23. PRINT DATE _____
 24. PRINT SIGNATURE _____
 25. PRINT NAME _____
 26. PRINT ADDRESS _____
 27. PRINT CITY _____
 28. PRINT STATE _____
 29. PRINT ZIP _____
 30. PRINT PHONE _____
 31. PRINT DATE _____
 32. PRINT SIGNATURE _____
 33. PRINT NAME _____
 34. PRINT ADDRESS _____
 35. PRINT CITY _____
 36. PRINT STATE _____
 37. PRINT ZIP _____
 38. PRINT PHONE _____
 39. PRINT DATE _____
 40. PRINT SIGNATURE _____
 41. PRINT NAME _____
 42. PRINT ADDRESS _____
 43. PRINT CITY _____
 44. PRINT STATE _____
 45. PRINT ZIP _____
 46. PRINT PHONE _____
 47. PRINT DATE _____
 48. PRINT SIGNATURE _____
 49. PRINT NAME _____
 50. PRINT ADDRESS _____
 51. PRINT CITY _____
 52. PRINT STATE _____
 53. PRINT ZIP _____
 54. PRINT PHONE _____
 55. PRINT DATE _____
 56. PRINT SIGNATURE _____
 57. PRINT NAME _____
 58. PRINT ADDRESS _____
 59. PRINT CITY _____
 60. PRINT STATE _____
 61. PRINT ZIP _____
 62. PRINT PHONE _____
 63. PRINT DATE _____
 64. PRINT SIGNATURE _____
 65. PRINT NAME _____
 66. PRINT ADDRESS _____
 67. PRINT CITY _____
 68. PRINT STATE _____
 69. PRINT ZIP _____
 70. PRINT PHONE _____
 71. PRINT DATE _____
 72. PRINT SIGNATURE _____
 73. PRINT NAME _____
 74. PRINT ADDRESS _____
 75. PRINT CITY _____
 76. PRINT STATE _____
 77. PRINT ZIP _____
 78. PRINT PHONE _____
 79. PRINT DATE _____
 80. PRINT SIGNATURE _____
 81. PRINT NAME _____
 82. PRINT ADDRESS _____
 83. PRINT CITY _____
 84. PRINT STATE _____
 85. PRINT ZIP _____
 86. PRINT PHONE _____
 87. PRINT DATE _____
 88. PRINT SIGNATURE _____
 89. PRINT NAME _____
 90. PRINT ADDRESS _____
 91. PRINT CITY _____
 92. PRINT STATE _____
 93. PRINT ZIP _____
 94. PRINT PHONE _____
 95. PRINT DATE _____
 96. PRINT SIGNATURE _____
 97. PRINT NAME _____
 98. PRINT ADDRESS _____
 99. PRINT CITY _____
 100. PRINT STATE _____
 101. PRINT ZIP _____
 102. PRINT PHONE _____
 103. PRINT DATE _____
 104. PRINT SIGNATURE _____
 105. PRINT NAME _____
 106. PRINT ADDRESS _____
 107. PRINT CITY _____
 108. PRINT STATE _____
 109. PRINT ZIP _____
 110. PRINT PHONE _____
 111. PRINT DATE _____
 112. PRINT SIGNATURE _____
 113. PRINT NAME _____
 114. PRINT ADDRESS _____
 115. PRINT CITY _____
 116. PRINT STATE _____
 117. PRINT ZIP _____
 118. PRINT PHONE _____
 119. PRINT DATE _____
 120. PRINT SIGNATURE _____
 121. PRINT NAME _____
 122. PRINT ADDRESS _____
 123. PRINT CITY _____
 124. PRINT STATE _____
 125. PRINT ZIP _____
 126. PRINT PHONE _____
 127. PRINT DATE _____
 128. PRINT SIGNATURE _____
 129. PRINT NAME _____
 130. PRINT ADDRESS _____
 131. PRINT CITY _____
 132. PRINT STATE _____
 133. PRINT ZIP _____
 134. PRINT PHONE _____
 135. PRINT DATE _____
 136. PRINT SIGNATURE _____
 137. PRINT NAME _____
 138. PRINT ADDRESS _____
 139. PRINT CITY _____
 140. PRINT STATE _____
 141. PRINT ZIP _____
 142. PRINT PHONE _____
 143. PRINT DATE _____
 144. PRINT SIGNATURE _____
 145. PRINT NAME _____
 146. PRINT ADDRESS _____
 147. PRINT CITY _____
 148. PRINT STATE _____
 149. PRINT ZIP _____
 150. PRINT PHONE _____
 151. PRINT DATE _____
 152. PRINT SIGNATURE _____
 153. PRINT NAME _____
 154. PRINT ADDRESS _____
 155. PRINT CITY _____
 156. PRINT STATE _____
 157. PRINT ZIP _____
 158. PRINT PHONE _____
 159. PRINT DATE _____
 160. PRINT SIGNATURE _____
 161. PRINT NAME _____
 162. PRINT ADDRESS _____
 163. PRINT CITY _____
 164. PRINT STATE _____
 165. PRINT ZIP _____
 166. PRINT PHONE _____
 167. PRINT DATE _____
 168. PRINT SIGNATURE _____
 169. PRINT NAME _____
 170. PRINT ADDRESS _____
 171. PRINT CITY _____
 172. PRINT STATE _____
 173. PRINT ZIP _____
 174. PRINT PHONE _____
 175. PRINT DATE _____
 176. PRINT SIGNATURE _____
 177. PRINT NAME _____
 178. PRINT ADDRESS _____
 179. PRINT CITY _____
 180. PRINT STATE _____
 181. PRINT ZIP _____
 182. PRINT PHONE _____
 183. PRINT DATE _____
 184. PRINT SIGNATURE _____
 185. PRINT NAME _____
 186. PRINT ADDRESS _____
 187. PRINT CITY _____
 188. PRINT STATE _____
 189. PRINT ZIP _____
 190. PRINT PHONE _____
 191. PRINT DATE _____
 192. PRINT SIGNATURE _____
 193. PRINT NAME _____
 194. PRINT ADDRESS _____
 195. PRINT CITY _____
 196. PRINT STATE _____
 197. PRINT ZIP _____
 198. PRINT PHONE _____
 199. PRINT DATE _____
 200. PRINT SIGNATURE _____
 201. PRINT NAME _____
 202. PRINT ADDRESS _____
 203. PRINT CITY _____
 204. PRINT STATE _____
 205. PRINT ZIP _____
 206. PRINT PHONE _____
 207. PRINT DATE _____
 208. PRINT SIGNATURE _____
 209. PRINT NAME _____
 210. PRINT ADDRESS _____
 211. PRINT CITY _____
 212. PRINT STATE _____
 213. PRINT ZIP _____
 214. PRINT PHONE _____
 215. PRINT DATE _____
 216. PRINT SIGNATURE _____
 217. PRINT NAME _____
 218. PRINT ADDRESS _____
 219. PRINT CITY _____
 220. PRINT STATE _____

1945

www.bahia.gov.br

SP. N° 0558060925

SAVURA DE OLIVETA

1. *Chlorophyll a* (Chl *a*) is the primary photosynthetic pigment in most plants and algae. It is responsible for capturing light energy and converting it into chemical energy through the process of photosynthesis. Chl *a* is a green pigment and is found in the chloroplasts of plant cells.

2. *Chlorophyll b* (Chl *b*) is an accessory pigment that works in conjunction with Chl *a* to capture light energy. It is a yellow-green pigment and is found in the chloroplasts of plant cells. Chl *b* helps to broaden the range of light wavelengths that can be absorbed by the photosynthetic system.

3. *Carotenoids* are a group of pigments that include carotenes and xanthophylls. They are responsible for capturing light energy and transferring it to Chl *a* for use in photosynthesis. Carotenoids are found in the chloroplasts of plant cells and are responsible for the yellow, orange, and red colors seen in autumn foliage.

4. *Xanthophylls* are a type of carotenoid that are involved in the light-harvesting process. They are responsible for capturing light energy and transferring it to Chl *a*. Xanthophylls are found in the chloroplasts of plant cells and are responsible for the yellow color seen in autumn foliage.

5. *Anthocyanins* are a group of pigments that are responsible for the red, purple, and blue colors seen in many plants. They are not involved in photosynthesis but are found in the vacuoles of plant cells. Anthocyanins are responsible for the color changes seen in autumn foliage.

6. *Flavonoids* are a group of pigments that are responsible for the yellow, orange, and red colors seen in many plants. They are not involved in photosynthesis but are found in the vacuoles of plant cells. Flavonoids are responsible for the color changes seen in autumn foliage.

7. *Anthoxanthins* are a group of pigments that are responsible for the white and light yellow colors seen in many plants. They are not involved in photosynthesis but are found in the vacuoles of plant cells. Anthoxanthins are responsible for the color changes seen in autumn foliage.

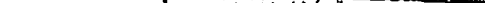
8. *Anthocyanins* are a group of pigments that are responsible for the red, purple, and blue colors seen in many plants. They are not involved in photosynthesis but are found in the vacuoles of plant cells. Anthocyanins are responsible for the color changes seen in autumn foliage.

9. *Anthocyanins* are a group of pigments that are responsible for the red, purple, and blue colors seen in many plants. They are not involved in photosynthesis but are found in the vacuoles of plant cells. Anthocyanins are responsible for the color changes seen in autumn foliage.

10. *Anthocyanins* are a group of pigments that are responsible for the red, purple, and blue colors seen in many plants. They are not involved in photosynthesis but are found in the vacuoles of plant cells. Anthocyanins are responsible for the color changes seen in autumn foliage.

The illustration depicts a complex, multi-layered structure, possibly a brain or a complex system, with various components labeled with letters and numbers. The structure is composed of numerous interconnected parts, including what appear to be neurons, synapses, and other cellular components. The labels are distributed across the structure, with some appearing in larger, bold fonts and others in smaller, regular fonts. The overall appearance is that of a highly detailed, scientific or technical drawing, possibly a diagram of a neural network or a complex system architecture.

VIA CONVENIO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME SAMIRA DE OLIVEIRA 	Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO 25712001-8SP/SP DATA DA EMISSAO 31/01/1988 VALIDADE 15/05/1988
	Nº DO LICENCIADO DOVALDO FEITOSA DE O- AVELINO ENDEREÇO DO LICENCIADO RUA JOSE MARQUES DE SAO PAULO BOQUEIRÃO
	TIPO DE VEICULO PERMISSAO
Nº REGISTRO 04231946852	VALOR DO ANUENCIO 2241120068
OBSERVAÇÕES LENHAS CORRETIVAS ORBITARIAS	
Assinatura do Titular <i>Samira de Oliveira</i> (Assinatura do portador)	
LOCAL MOJL GUARU - SP	DATA DA EMISSAO 26/11/2007
Assinatura do Autorizador <i>[Signature]</i> Nº DO AUTORIZADOR 25712001-8SP/SP	
Nº DO DETRAN DETRAN-SP (SAO PAULO)	

Nº DO LICENCIADO: 04231946852

Nº DO AUTORIZADOR: 25712001-8SP/SP

Nº DO DETRAN: 25712001-8SP/SP

PLS. 1121

1.º OFICIO
Moji Guaçu
Fls. 1096

3

Supervisão: DEPT. GEN. POL. DE MOJIGUAÇU
Boletim Número : 001003/2003

FL. 1121
Emitido em : 20/03/2003
22:17:13 (7:42:17)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE AUTORIA CONHECIDA

ARTIFICIAL : GUEZ MONTANA
LOCAL : PRACA CANDIDO RONDON
COMPLEMENTO : 0.00.F.
TIPO-LOCAL : VIA PUBLICA-RUA/AV./VILA/PRACA
CIRCUNSTANCIA : OUTRAS DELEGACIAS
DATA OCORRENCIA : 09/03/2003 HORA: 00:10
DATA COMUNICACAO : 09/03/2003 HORA: 01:00
ELABORADO EM : 09/03/2003 HORA: 01:07

Vítimas:

- SARA DE OLIVEIRA - Não presente ao Plantão - Documento : RG-SSP-SP-45.812.801
Pai : OSCARDO FRANCISCO DE OLIVEIRA - Mãe : SILVIA MARIA A. DE OLIVEIRA - Natural de : M. GUARU - SP
nacionalidade : BRASILEIRA - Sexo : F - Cor da Pele : Branca - Nascimento : 15/07/1989 19 Anos
Estado Civil : Solteira - Profissão : AUX. REPOSICAO - Endereço Residencial :
RUA ROSA SILVA DE OLIVEIRA, 246 - FANTINATO - M. GUARU - SP - Fone : (0511) 3391-4133
Fundo de referência : Cda M. 50103355, T. E. 11.2240

Veículos:

- CARRO - Cor : VERMELHA - Marca : HONDA C 130 BIS - Tipo : MOTOCICLO - Ano de Fabricação : 2001
Município : M. GUARU - SP - Combustível : Gasolina - Chassis : 902F4071629010906 - Ocorrência : Acidental
Local da Ocorrência : Via Pública

HISTÓRICO

Prezados o PM. Arandley, RE-127.892-3 informando a autoridade que foram atendidos pela Santa Casa local, pois havia dado entrada uma vítima de acidente de trânsito e em entrevista com a mesma, esta informou que perdeu o controle de direção de seu veículo, batendo no meio fio, em seguida sendo ao soco. vítima socorrida pela ambulância ao hospital. NTH.

Procedência: Telex : DE PRAXE
Provas Colhidas : TESTEMUNHAL
E 000, 41 : REPOSICAO DE POL.

ASSINATURA DE [Assinatura] DELEGADO DE POLÍCIA
ASSINATURA DE [Assinatura] DELEGADO DE POLÍCIA

conferência
24/03/2003

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

AMBULATÓRIO

NOTA 37029

Mogi Guaçu, 21 de maio de 2008

Paciente: Lamara de Oliveira

Quant.	Especificações	Unid.	R\$ TOTAL
	Taxa de Sala () Cirurgia () Gesso ()		
	Curativos () Grande () Médio		
	() Pequeno () Especial		
	Aplicações: () Musc. () Venosa () Soro		
	Materiais		
	Medicamentos		
	Atestados R.x		
	Telefones <i>Serviços Hospitalares</i>		
	<i>Honorários médicos</i>		
	Sub total		
	Descontos		
	TOTAL		

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

Conta : 003/465
Convênio : UNIV - ACID. TRANSITO

Data Abertura : 29/04/08
Num.Atendimento : 03005394

1.º OFICIN
Moji Guay
R\$ 1099
R\$ 1124

Paciente : SAMIRA DE OLIVEIRA Prontuário : 0118185/08 Tipo Atendimento: Ambul.
Medico : JOAO BATISTA FLORES FILHO CRM : 0/1499 Clinica:
Data Atend : 29/03/08 - 00:20 Cirurgia: / / Saída: / / -
Leito : Acomodacao: Tipo Acomodacao:

Relacao dos Servicos Hospitalares

Codico	Descricao	Qtde	Data	Valor Unitario	Unid.	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00	DI INICIALIZAÇÃO	1.00	29/03/08	12.25	R\$	12.25	12.25
00000002	TAXA INSTALACAO DE SORO	1.00	29/03/08	6.14	R\$	6.14	6.14
00000003	CURATIVO PEQUENO	3.00	29/03/08	5.20	R\$	5.20	15.60
00000010	TAXA DE OBSERVACAO	1.00	29/03/08	18.50	R\$	18.50	18.50
00000011	SALA PROCEDIMENTO/USO	1.00	29/03/08	35.00	R\$	35.00	35.00
C 0018	TAXA INGRESSO INVEJ	1.00	29/03/08	4.33	R\$	4.33	4.33
SUB TOTAL:							91.82

Relacao dos Servicos Auxiliares Diagnose e Terapias

Codico	Descricao	Data	Qtde	Valor Unit.	Unid.	Unit. em R\$	Valor Total R\$
32010010	CRANIO	29/03/08	1.00	52.50	R\$	52.50	52.50
32050038	TORAX P.A	29/03/08	1.00	42.00	R\$	42.00	42.00
32030070	ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL	29/03/08	1.00	52.50	R\$	52.50	52.50
32020015	COLUNA CERVICAL A.P.-LAT-TO OU FLEXAO	29/03/08	1.00	52.50	R\$	52.50	52.50
SUB TOTAL:							212.88

Relacao dos Medicamentos Consumidos

Codico	Descricao	Qtde	Data	Setor	Unidade	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00010361	PROFENID 100MG INJ. E.V	1.00	29/03/08	Enfermar	FRASCO	11.74	11.74
00 51	SORO FISIOLOGICO 9% - 100 ML	2.00	29/03/08	Enfermar	FRASCO	2.30	4.60
00010097	INDOL FUMADA 30G	20.00	29/03/08	Enfermar	GR	1.54	30.80
00016807	SILADOR 100MG INJ.	1.00	29/03/08	Enfermar	AMPOLA	12.45	12.45
SUB TOTAL FARMACIA:							59.59
SUB TOTAL:							59.59

Qtde.: 24.00

Relacao dos Materiais Consumidos

Codico	Descricao	Qtde	Data	Setor	Unidade	Unit. em R\$	Valor Total R\$
00000060	ABOLATH - 1 M 22	1.00	29/03/08	Enfermar	UNIDADE	4.00	4.00
00030248	AGULHA 40 X 12 DESO	1.00	29/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.30	0.30
00030777	ATADURA CIEFE 15 CM	2.00	29/03/08	Enfermar	UNIDADE	1.45	2.90
00031961	COMPRESSA DE GASE 7.5 X 7.5	50.00	29/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.06	3.00
00032216	ELUIFO P/SORO	1.00	29/03/08	Enfermar	Fy	3.97	3.97
00032291	ESPALMADO	60.00	29/03/08	Enfermar	LN	0.05	3.00
00032453	FITA ADESIVA BRANCA 19 X 50 M	40.00	29/03/08	Enfermar	LN	0.02	0.80

1.º OFICIO
Molli Guayá
Fls. 125

00032733 LUNA FRUC ESTERIL. M	2.00	29/03/08	Enfermar	PAR	0.95	1.90
00033310 FURVIDINE DEGERMINE	20.00	29/03/08	Enfermar	ML	0.40	8.00
00033336 FURVIDINE TUPICU	20.00	29/03/08	Enfermar	ML	0.29	5.80
00033751 SERINHA DESC. 10ML	1.00	29/03/08	Enfermar	UNIDADE	0.45	0.45
utde.: 198.00					SUB TOTAL ENFERMARIA:	34.12
					SUB TOTAL:	34.12
Tot.utde.: 234.00					SUB TOTAL HOSPITAL:	378.41

Relacao dos Honorarios Medicos

Codigo	Descricao	UNI	Nome Prestador	utde	Data	Unit.em R\$	Valor Total R\$
00	05 CONSULTA PRONTO SOCORRO	071497	JORD BATISTA FLORES FILHO	1.00	29/03/08	105.00	105.00
						SUB TOTAL:	105.00
						TOTAL GERAL:	503.41

Irm. Sta. Casa Nis. RUGI Guayá
JOSE LERINQUE LINSOIANI

RELATORIO MEDICO

OFICIO Mogi Guaçu	OFICIO Mogi Guaçu
FLS. 1126	Fla. 101

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

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

1 - Nome do paciente:

Samuel de Oliveira

Data de Nascimento

13/07/89

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

2 - Data do início da Doença ou Acidente

1 / 1

3 - Atendimento Ambulatorial

1º do 1º atendimento

29/03/08

Data dos demais atendimentos

Diagnóstico / Causas Básicas

- Politravmatismo (crânio / torax / col. cerv.)
- lesões generalizadas
- acidente de trânsito

4 - Atendimento Hospitalar

IRMANDADE SANTA CASA MISERICÓRDIA DE MOGI GUAÇU

Telefone

3861-1313

Data da 1ª Internação

Diagnósticos / Causas Básicas

1ª das demais Internações

Principais exames complementares realizados

datas	Exames
29/03/08	Rx crânio
1 / 1	Rx torax
1 / 1	Rx ombro D
1 / 1	Rx col. cervical

Resultados

Sem lesões ósseas

6 - Tratamentos realizados

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

Descrição

curativo
Rx
curativo
medicação
observação

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

Médico

Telefone

Hospital

Telefone

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.

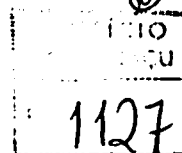
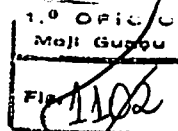
14 - Observações:-

Nome do Médico		Nº do CRM	Telefone	
Endereço		Nº	Cidade	Estado

M. S. Gomes - SP
Local

29, 03, 08
Data

Dr. João Batista Flores Filho
Médico Cardiologista
CRM 71.499
ASSINATURA DO MÉDICO



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\$ 503,41, (QUINHENTOS E TRÊS REAIS E QUARENTA E UM 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 SAMIRA DE OLIVEIRA, nacionalidade, BRASILEIRA, estado civil, SOLTEIRA, profissão, AUX. REPOSIÇÃO, RG, 45.812.001, inscrito no CPF sob nº 313.460.158-43, residente na RUA: ROSINA SILVEIRA BUENO, Nº 246, Bairro FANTINATO, na Cidade MOGI GUAÇU, Estado S.P. CEP, 13.840-000, Telefone de contato, (19) 3871-4129.

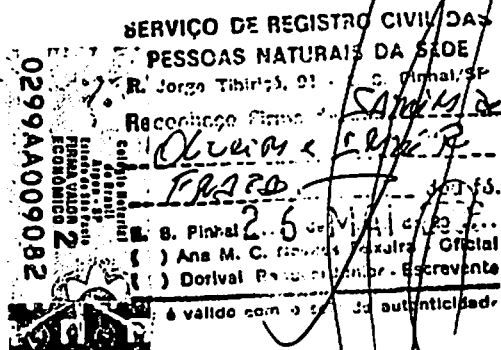
Esta cessão e transferência é feita em caráter irrevogável e irretratável, dando-se ambos mutuamente, CEDENTE e CESSIONARIO, a mais ampla, rasa e geral quitação em relação às obrigações derivadas do atendimento médico aqui reportado, para mais nada reclamar, em tempo algum, sobre o objeto desta cessão,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

MOGI GUAÇU, _____ de 26 MAI 2008 de _____

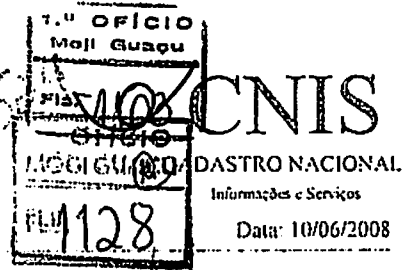
CEDENTE, Samira de Oliveira

CESSIONARIO, _____



Corvênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178220 - 1

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



Vítima: SAMIRA DE OLIVEIRA

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: CHARLIE JUNIOR

Data do acidente: 29/03/2008

Diagnóstico:

Traum mult NE - Traum mult NE (T07.00)

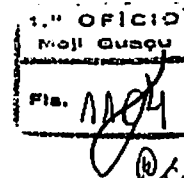
Tratamento: CONSERVADOR/CLÍNICO

Internação: NÃO

Tratamento Odontológico: NÃO

Item	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	105,00	
00.01.006-5 EM PRONTO SOCORRO - 00.01.006-5		39,00
	105,00	39,00
Hospital (Taxas/Diárias)		
0011 CURATIVO PEQUENO/UNITÁRIO	15,60	15,60
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
	91,82	43,22
Exames	212,88	
32.01.001-0 CRÂNIO: P.A. - LAT		22,02
32.02.001-5 COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT - T.O.		21,71
32.03.007-0 ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL		20,77
32.05.003-8 TÓRAX: P.A.		18,46
	212,88	82,96
Materiais		
0001 MATERIAIS DIVERSOS	34,12	34,12
	34,12	34,12
Medicamentos		
99999-ZZZZ MEDICAMENTOS DIVERSOS GERAL - (999	59,59	59,59
	59,59	59,59

Convênio de Seguros de DPVAT
Avaliação Técnico/Médica de Processo de DAMS
Sinistro: 2008/178220 - 1



CNIS

CADASTRO NACIONAL
 Informações e Serviços

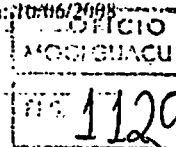
Seg.: 575-1/00 - NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

Data: 10/06/2008

Farmácia

0,00

0,00



Taxas Odontológicas

0,00

0,00

Outras Taxas (*)

0,00

0,00

Total Final

503,41

258,89

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						
Relacio.: HOSPITAL/CLÍNICA/LABORAT	0,00	0,00	0,00	503,41	258,89	258,89
Termo: OK						
UD Megadata: 02/06/2008	---	---	---	---	---	---
Procurador: IRANI RIBEIRO FRAZÃO	---	---	---	---	---	---
Total	0,00	0,00	0,00	503,41	258,89	258,89

Total Avaliado para este Sinistro:

258,89

Total Pleiteado para este Sinistro:

503,41

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

ROGÉRIO S. MEIRA
 SUPERVISOR

GABRIEL
CNIS/DAMS