

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000003913-5

Nr. da Autenticação D431A3DCE76E952A

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190511530

Data do acidente: 23/04/2019

Vítima: PEDRO DOS SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Malhador

UF: SE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E
PREV. S/A

Data: 28/10/2019 15:24:38

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO CONTUSAO DO OMBRO E DO
BRACO -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	125,00	125,00
Materiais			232,00	0,00
Total da Análise Atual			357,00	125,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** NOTA FISCAL NO VALOR DE R\$ 130,00 E RECIBO NO VALOR DE R\$ 102,00 NÃO FORAM AVALIADOS, VISTO QUE, FALTA DISCRIMINATIVO ESPECIFICANDO OS VALORES E QUANTIDADES DE CADA DESPESA REALIZADA.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: PEDRO DOS SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	357,00	125,00	125,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	357,00	125,00	125,00

TOTAL PLEITEADO: 357,00**TOTAL AVALIADO:** 125,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 125,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190511530

Vítima: PEDRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/04/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: PEDRO DOS SANTOS

Valor: R\$ 125,00

Banco: 104

Agência: 000004470

Conta: 000000003913-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 610.364.555-72 4 - Nome completo da vítima: Pedro dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Pedro dos Santos 6 - CPF: 610.364.555-72
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Rua do Amparo 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pólvora 12 - Cidade: Monte Bonito 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.560-000
15 - E-mail: alisanti@uol.com.br 16 - Tel. (DDD): (99) 3818-4301

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4470 CONTA: 00003913 5

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impresso digital de vítima ou beneficiário não atestado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Monte Bonito, 28 de Junho de 2013

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DO PEDRO GARCIA MORENO

No. DO REG: 651029
CNE:DATA: 23/04/2019 HORA: 09:39
SETOR: 05-SUTURA

USUARIO: APSCARVALHO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: PEDRO DOS SANTOS
 IDADE: 54 ANOS NASC: 14/02/1965
 ENDERECO: RUA DOVA DA ONÇA BAIRRO: ZONA RURAL
 TIPO DE HABITACAO: CASA UF: SE
 NOME DO RESPONSÁVEL: MANOEL DOS SANTOS / MARIA COSTE DE JESUS
 TIPO DE RESIDENCIA: O PRÓPRIO CENTRO: SE
 ACIDENTAMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO PLANO DE SAUDE: NAO
 CATEGORIA: POLICIAL: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 ATRIBUICAO DE TRABALHO: NAO

DOC.: 1007086
 SEXO: MASCULINO
 NUMERO: 00

CEP: 49500-00
 TEL: 00

TRABALHO: NAO

EXAME COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☒ NAO

DADOS CLINICOS: *Ulcera de Coluna*
doe com dor na coluna, dor no braço direito, dor no pé direito
há 10 dias, dor na coluna, dor no braço direito, dor no pé direito
 ANTES DA ENFERMAGEM: *paciente em tratamento*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Prescrição de Analgésico**ANALGÉSICO**1. APCA 100 mg**2. N. Oxidante*

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO☐ DESISTENCIA☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

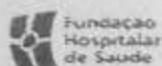
REFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

☐ ATÉ 48HS ☐ APÓS 48HS☐ FAMILIA☐ IML☐ ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

*Dr. Ar. Tovar (AP)**Dr. F. C. em tratamento**Receita**Dr. F. C. em tratamento*



HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP: PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



☐ BUSCA ESPONTÂNEA

☐ AMBULÂNCIA

☐ ENCAMINHAMENTO

☐ GESTANTE

☐ SAMU

☐ CORPO DE BOMBEIRO

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alergias: ☐ Sim ☐ Não, Qual?

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias
☐ HAS ☐ Etilista ☐ Tabagista

Escala de Intensidade da Dor



Escala de Coma de Glasgow

Sinais Vitais						Escala de Coma de Glasgow			TOTAL
FC (bpm)	PA (mmHg)	SpO2 (%)	Tax (bpm)	PR (mmHg)	GLC (mG/L)	Aberto Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	

Sistema Nervoso

Consciente	Inconsciente
Orientado	Desorientado
Torpor	Confuso
Tontura	Náusea
Isocoria	Miase
Anisocoria	Miose

Sistema Respiratório

Eupnéico	Tosse
Otipnéia	Hemoptise
Taquipnéico	Secreção
Tir. Intercoastal	Tir. Subcoastal
Dispneico	Bradipnéico

Sistema Cardiovascular

Normocárdico	Hipertenso
Hipertenso	Normotenso
Dor Torácica	Bradicárdico
Angina	Precordialgia
P. Ritmico	P. Arritmico
Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Flácido	Hematemese
Globoso	Melena
Êmese	Constipação
Pirose	
Diarréia	
Rígido	

Sistema Geniturinário

Anúria	Micúria	Q/Sedimentos Giordano
Colúria	Hematuria	
Oligúria	Polaciúria	
Disúria	Priapismo	
Bexigoma	Limpido e Claro	
Diurese Concentrada		

Sistema Osteoarticular

Artroalgia	Atrofia
Cervicalgia	Lombalgia
Espasmos	Contractura
Hemiparesia	Hemiplegia
Paraplegia	
Susceptibilidade Osseá	

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim
Qual?

Especialidade:

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Ortopédico ☐ Enfermagem

Classificação de Risco

☐ Azul ☐ Verde ☐ Amarelo ☐ Vermelho

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

≠ Ocorrência

Incidente vítima do queda da moto com dor em ombro @ e coluna lombar. Ra = fx da omómer proximal @ sem desvio

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

Ed = Imobilização
AINE

Dr. Vinicius Sobral
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 5489

☐ BUSCA ESPONTÂNEA

☐ AMBULÂNCIA

☐ ENCAMINHAMENTO

☐ GESTANTE

☐ SAMU

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

☐ CORPO DE BOMBEIRO

Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alergias: ☐ Sim ☐ Não. Qual?

História Progressiva:

☐ DM

☐ Cardiopatias

☐ HAS

☐ Etilista

☐ Tabagista

Escala de Intensidade da Dor



Escala de Coma de Glasgow:

Sinais Vitais:							Escala de Coma de Glasgow:			TOTAL
FC (bpm)	FR (rpm)	SP02 (%)	Tax (°C)	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	

Sistema Nervoso

Sistema Respiratório

Sistema Cardiovascular

Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotenso
Orientado	Desorientado	Ortopnéia	Hemoptise	Hipertenso	Normotenso
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Precordialgia
Isocoria	Miíase	Dispneico	Bradipneico	P. Rítmico	P. Arritmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Sistema Geniturinário

Sistema Osteoarticular

Flácido	Hematêmese	Anúria	Mictúria	C/Sedimentos	Artralgia	Atrofia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Contractura
Pirose		Distúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarreia		Bexigoma	Limpido e Claro		Paraplegia	
Rígido		Duressa Concentrada	+	-	Suspi. Frática ou Queix.	

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim
Qual?

Especialidade:

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Ortopédico ☐ Enfermagem

Classificação de Risco

☐ Azul ☐ Verde ☐ Amarelo ☐ Vermelho

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

07/08/2016

Incidente úlcera do queixo de mata com dor em ombro e coluna lombar. Rx = fr do úmero proximal. Sem desvio

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

Ed. Imobilização
AINE



MUNICÍPIO DE ITABAIANA

Secretaria Municipal da Fazenda

Departamento Tributário - Rua Francisco Santos, Nº 160 - Centro - CEP: 49.500-000 - Itabaiana/SE Telefone: (79) 3431-9711

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Período de Competência

Município de Prestação do Serviço

06/2019

Exigibilidade do ISS

Exigível em Itabaiana

Emissão (Horário de Brasília)

26/06/2019 09:46:41

Reg: Especial Tributação

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

CENTRO INTEGRADO DE DIAGNÓSTICO LTDA-EPP

Nome Fantasia

CLINICA INTEGRADO DE DIAGNOSTICO

CPF/CNPJ

11.712.524/0001-21

Inscrição Municipal

5935048

Inscrição Estadual

ISENTO

Simplex Nacional

Sim

Email

semedi@infonet.com.br

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3431-5000

Endereço

AVENIDA IVO DE CARVALHO, 335, CENTRO - CEP: 49500-064 - Itabaiana - SE

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

PEDRO DOS SANTOS

CPF/CNPJ

610.364.555-72

Endereço

POV COVA DA ONÇA, S/N, AREA RURAL - CEP: 49560-000 - Moita Bonita - SE

SERVIÇO PRESTADO

0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8640202

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A SERVIÇOS METODOS E DIAGNOSTICOS

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)

0,00

COFINS (R\$)

0,00

INSS (R\$)

0,00

IR (R\$)

0,00

CSLL (R\$)

0,00

Outras Retenções (R\$)

0,00

VALORES

Valor dos Serviços (R\$)

130,00

Deduções (R\$)

0,00

Desconto Incondicionado (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

130,00

Alíquota (%)

4,1700

ISS (R\$)

5,42

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

0,00

Valor Líquido (R\$)

130,00

Valor Total da Nota (R\$)

130,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simplex Nacional

Visualizado em: 26/06/2019 09:46:39

Para validação desta NFS-e acesse: <https://itabaianase.webiss.com.br/externo/nfse/validar>

Esta NFS-e foi emitida com respeito ao Decreto nº 011 de 12 de fevereiro de 2016.

000027
Código Verificação
AINM-UAT3



RECIBO

Nº: _____

Recebi do Sr(a) Pedro dos Santos
CPF: 610.364.555-72,
a importância de R\$ 102,00 (cento e dois
reais), relativo às
despesas médicas.

Itaboraí, 40 106 / 19

Fabio Franca

Fabio Franca Fontes
Ortopedia
CRM 1950

Carimbo e Assinatura

CPF 52948405-71

AV. TREZE DE JUNHO, 695

PROTOCOLO - SEMEDI

CENTRO - 47500000 - ITABAIANA - SE - 1793423-5000

PAG: 1

PROTOCOLO: 1405183 / Unidades 1 - S E M E D I

CLIENTE : 224782 - PEDRO DOS SANTOS

CONVENIO : 90 - AMB - ITABAIANA

DATA: 10/06/2019

FOR.: 139-ROBERTA KELLY SEAB

PROCED.: DESBENTCAO

DATA ENTREGA: 11/06/2019

15:00

COD: CONSULTA ORTOPEDICA

Total Geral de Itens: 1

TOTAL DO PROTOCOLO ==> R\$ 125,00

Este PROTOCOLO devera ser entregue para a retirada do(s) resultado(s) de exame(s).

- * O paciente tem o prazo de 02 meses para retirar estes exames. Após este período, os mesmos só poderão ser entregues na forma de 2ª via do laudo.
- O Paciente tem o prazo de 30 dias para fazer o retorno da consulta. Após este período será cobrado uma nova consulta. Exceto IPES que são 15 dias.
- O Paciente que vier fazer exame laboratorial e deixar material pendente terá o prazo de 10 dias para entregar, caso não entregue até esse prazo o exame vai ser liberado sem o material que ficou pendente.
- O SETOR DE ENTREGA DE EXAMES FUNCIONA DE SEGUNDA A SEXTA DAS 06:30 AS 16:30 E NOS SABADOS DAS 06:30 AS 12:30.
- OBS: O SETOR DE ENTREGA DE EXAMES NÃO FUNCIONA NOS DOMINGOS E FERIADOS.

