

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: 00000003913-5

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA
Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO
UP; PRONTO SOCORRO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

BUSCA ESPONTÂNEA ENCAMINHAMENTO SAMU CORPO DE BOMBEIRO
 AMBULÂNCIA GESTANTE ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Queixa: Agudo Crônico:

Alergias: Sim Não. Qual?

História Pregressa: DM Cardiopatias
 HAS Eritílita Tabagista



Sinais Vitais:						Escala de Coma de Glasgow:			TOTAL
PC (mmHg)	Frequência	SPO2 (%)	Tensão Arterial	P.A (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (Kg)	Nível de Consciência	Resposta Verbal	

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Cardiovascular	
Consciente	Inconsciente	Eufnélico	Tosse	Normocárdico	Hipotensão
Orientado	Desorientado	Ortopnésia	Hemoptise	Hiperterico	Normoveno...
Torpor	Confuso	Taquipnéico	Secreção	Dor Torácica	Baixocárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Precorádalgia
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipnéico	P. Rítmica	P. Irregular
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal		Sistema Geniturinário			Sistema Osteoarticular	
Flácido	Hematemese	Anúria	Macrúria	C/Sedimentos	Artralgia	Atrófia
Globoso	Melena	Colúria	Hemanúria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia
Émese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Contractilid.
Pirose		Disúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarréia		Bexigoma	Limpido e Clara		Paraplegia	
Rígido		Diurese Concentrada			Susp. Fractura Ossos	

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

+07/01/16 09h

Incidente vítima de quebra de mola com dor no ombro e na coluna lombar. Rx = fixa o úmero milivo... S/ dor clínica

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

Ed = Imobilização
 DING

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 651029
CNS:

DATA: 23/04/2019 SETOR: 05-SUTURA

HORA: 09:39 USUARIO: APSCARVALHO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: PEDRO DOS SANTOS
 IDADE: 54 ANOS NASC: 14/02/1965
 ENDRECO: POV COVA DA ONCA
 ENDERECO: CASA
 CID: ITABAIANA
 PAI MAE: MANOEL DOS SANTOS
 RESPONSAVEL: O PROPRIO
 PROCEDENCIA: ITABAIANA - CENTRO - SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CIVIL POLICIAL: NAO
 ACOES TRABALHO: NAO

BAIRRO: ZONA RURAL

UF: SE /MARIA ODETE DE JESUS
CEP: 49500-00
TEL.: 00DOC.: 1007086
SEXO: MASCULINO
NUMERO: 00

TRAUMA: NAO

P.A.: mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 EXAMENES COMPLEMENTARES: [✓] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

Rasmidney Silveira CRM 00671
 DADOS CLINICOS: Vtma de Colpo. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___
 moto. Cor. f. e osq. neg. Ver, dor no membro, m. d. Correto. 1
 leito de dente. A 3 com ocorr. C. T. - uja perubed.
 H. dor em dor d.
 ACOES DA ENFERMAGEM: Fazendo am a Clínica de.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Diphtheria 01 Mr Fej ✓
 OAU-CGMF OM
 A FENI TA. 160mg.
 N. Ortomed.

CRM 00671
 CRM 00671

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

[]ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

Maria Josefa de Souza
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Dr. Dr. Tom (API)

Rebeca (AP)

Onba Dr. (API/P),

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CRM 00671 em super
 Dr. Dr. Tom (AP)
 Dr. Dr. Tom (AP)
 Dr. Dr. Tom (AP)
 Dr. Dr. Tom (AP)
 Dr. Dr. Tom (AP)

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 Enlistado Tabagista



Sinais Vitais:							Escala de Coma de Glasgow:			
PC (bpm)	PR (bpm)	SPO2 (%)	Tec (°C)	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria	TOTAL

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Cardiovascular	
Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotensão
Orientado	Desorientado	Ortopneia	Hemoptise	Hipertenso	Normotensão
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Precordialgia
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Ritmica	P. Arritmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal		Sistema Geniturinário			Sistema Osteoarticular		
Flácido	Hematemese	Anúria	Mictúria	C/Sedimentos	Artralgia	Afrofia	
Globoso	Melema	Colúria	Hematuria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia	
Émese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Contractura	
Pirose		Disídia	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia	
Diarreia		Bexigoma	Limpido e Claro		Paraplegia		
Rígido		Diurese Concentrada	+	-	Susp. Fratura Ossos		

Uso de Medicação: Não Sim
Qual?

Especialidade:
Clinico Cirúrgico Pediátrico Ortopédico Enfermagem

Classificação de Risco			
Azul	Verde	Amarelo	Vermelho

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora	Evolução de Enfermagem
	#03/08/16 09:00
	Incidente vitimando quechela moto com dor em embra e coluna lombar Rx = Frx da unica proximal S/ dor clavicular
Data/Hora	Anotação de Enfermagem
	Ed = Imobilização AINE



MUNICÍPIO DE ITABAIANA

Secretaria Municipal da Fazenda

Departamento Tributário - Rua Francisco Santos, Nº 150 Centro - CEP: 49.500-000
Itabaiana/SE Telefone: (79) 3431-9711

000027
Código Verificação
AINM-UAT3



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Período de Competência

Município de Prestação do
Serviço
Itabaiana - SE

Emissão (Horário de Brasília)

26/06/2019 09:46:41

Reg. Especial Tributação

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte
(ME EPP)

06/2019
Exigibilidade do ISS

Exigível em
Itabaiana

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

Simples Nacional

Sim

Email
semedi@infonet.com.br

Incentivador Cultural

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

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

Endereço

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

SERVIÇO PRESTADO

6403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8640202

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE A SERVICOS METODOS E DIAGNOSTICOS

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)
130,00	0,00	0,00	130,00	4,1700
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
5,42		0,00	130,00	130,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

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

Para validação desta NFSe acesse: <https://itabaianase.websis.com.br/externo/nfse/validar>

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

RECIBO

Nº: _____

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

Itabirana, 40 1061-19

Fábio França Fonseca
Carimbo e Assinatura

Fábio França Fonseca
Ortopedia
CRM 1950

CYF 532 948405-71

PROTÓCOLO - SEMED 1

AV. TREZE DE JUNHO, 695

CENTRO - 47500000 - ITABAIANA - SE - 17330-000

PAG: 1

PROTÓCOLO: 1405183 / Unidades: 1 - SEMED 1
 CLIENTE: 224782 - PEDRO DOS SANTOS
 CONVENIO: 90 - AMB - ITABAIANA

DATA: 10/06/2019

FOR.: 137-ROBERTA KELLY BEAB

PROCED. DESENTOCAO

DATA ENTREGA HORA ENTREGA

CURV CONSULTA ORTOPEDICA
 Total Geral de Itens: 1

11/06/2019 15:00

TOTAL DO PROTOCOLO ---- R\$ 120,00

Este PROTOCOLO deverá 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. Excepto 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 AOS SABADOS DAS 06:30 AS 12:30.
- OBS: O SETOR DE ENTREGA DE EXAMES NÃO FUNCIONA AOS DOMINGOS E FERIADOS.

