

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190345007**

**Vítima: OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO**

**Data do Acidente: 08/09/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO**

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190345007**

**Vítima: OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO**

**Data do Acidente: 08/09/2018**

**Cobertura: DAMS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO**

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

Recebedor: OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO

Valor: R\$ 248,30

Banco: 104

Agência: 000002175

Conta: 000005774-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 248,30

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02175

CONTA: 00000005774-6

---

Nr. da Autenticação D15B96E3122A77D6



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 - Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080 e (79) 3214-9083

Nota: 2019000

**00000939**

Código Verificação

AIPV-TKBJ



MUNICÍPIO DE ARACAJU

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

**20/05/2019 10:48:50**

Reg. Especial Tributação

**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**

Período de Competência

**05/2019**

Município de Prestação do Serviço

**Aracaju - SE**

Exigibilidade do ISS

**Exigível em Aracaju**

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

**DAP PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA EPP**

Nome Fantasia

**FARMAFORMULA**

CPF/CNPJ

**06.247.883/0001-15**

Inscrição Municipal

**699156**

Inscrição Estadual

Simples Nacional

**Sim**

Email

**souzamanipulacao@gmail.com**

Incentivador Cultural

**Não**

Fone/Fax

**(79) 2107-5900**

Endereço

**FRANCISCO PORTO, 151 , Jardins - CEP: 49025-230 - Aracaju - SE**

### TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

**OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO**

CPF/CNPJ

**661.611.425-20**

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

**(79) 99946-9990**

Endereço

**Rua Sílvio Cesar Leite, 356 CASA, Salgado Filho - CEP: 49020-060 - Aracaju - SE**

### SERVIÇO PRESTADO

0407 - Serviços farmacêuticos. CNAE: 4771702

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

FORMULAÇÕES MANIPULADAS:

1-MELOXICAM 8mg CLORIDRATO DE TRAMADOL 18mg  
CARISOPRODOL 60mg PARACETAMOL 290mg  
RANITIDINA 100mg  
COM 40 CÁPSULAS-REQUISIÇÃO:108232

2- UC II 40mg

COM 30 SACHÊS-REQUISIÇÃO:108233

### REtenções federais

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
<b>248,30</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>248,30</b>	<b>5,0000</b>
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
<b>12,42</b>		<b>0,00</b>	<b>248,30</b>	<b>248,30</b>

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

Substitui nota 20190000000893 de 09/05/2019

Visualizado em: 20/05/2019 10:52:06

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

Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190345007

**Data do acidente:** 08/09/2018

**Vítima:** OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO

**Atendimento:** HOSPITAL

**Cidade:** Aracaju

**UF:** SE

**Análise:** Primeira Análise

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA  
S/A

**Data:** 29/05/2019 16:49:02

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO OMBRO E DO BRACO FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO UMERO -

**Internação:** Não

**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO

**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			248,30	248,30
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>248,30</b>	<b>248,30</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: OLGA MARIA SANTOS RIBEIRO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	248,30	248,30	248,30
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>248,30</b>	<b>248,30</b>	<b>248,30</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 248,30      **TOTAL AVALIADO:** 248,30      **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 248,30

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA