

---

**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, contatos 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

---

**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: 000000005774-6

---

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**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**

Exigibilidade do ISS

**Exigível em  
Aracaju**Município de Prestação do  
Serviço**Aracaju - SE****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

**(79) 99946-9990**

E-mail

Endereço

**Rua Sílvia Cezar 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\$)

**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\$)

**248,30**

Deduções (R\$)

**0,00**

Desconto Incondicionado (R\$)

**0,00**

Base de Cálculo (R\$)

**248,30**

Alíquota (%)

**5,0000**

ISS (R\$)

**12,42**

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

**0,00**

Valor Líquido (R\$)

**248,30**

Valor Total da Nota (R\$)

**248,30****OUTRAS INFORMAÇÕES**

Contribuinte Optante do Simples Nacional.

Substitui nota 201900000000893 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
Total da Análise Atual			248,30	248,30

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
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	248,30	248,30	248,30

TOTAL PLEITEADO: 248,30

TOTAL AVALIADO: 248,30

TOTAL PAGO + À PAGAR: 248,30

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA