

Jorocalba 26/03/10

/ /

Suelen!

Estamos enviando o que foi pedido para dar seguimento ao seguro que tenho para receber.

Meu telefone para contato (15) 32217115
cel (15) 97552425

Obrigado desde já!

Marco Renato de Almeida
Guarda Municipal de Itatima



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	Marcos Renato de Almeida		Data Nascimento 28/02/1973
RG 24.956.420-8	Estado Civil Casado	Sexo M	MATRÍCULA / RE CPF 149.762.598-03
Cônjuge	Juliana Hebe Carneiro de Almeida		Data Nascimento 28/11/1977
LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.			

Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e conseqüências.

Estado e história de acidente no trânsito personado e traumatismo crânio encefálico apresentando fratura de base do crânio, contusão frontal direita e otitigomneia esquerda.
Refere perda parcial auditiva E e síndrome vertiginosa e distúrbio de memória.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento 07/02/2010 8:00h.	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos. Lesões encefálica frontal direita fratura de base do crânio. vide resultado TC de crânio	
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.	Sim	
Em caso negativo quais foram as causas		
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?	desconheço	
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?	sim, ainda afastado	
O Acidentado teve alta? Em que data?		
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?	Queda recente, refere perda auditiva E e síndrome vertiginosa.	
Qual o percentual de redução Funcional?	Difícil avaliar atualmente.	
Nome do Médico Assistente.	Dr. Carlos Bede	CRM 61158
Endereço do Médico.	Av. São Paulo 750	
LOCAL / DATA	Joracoba 12/31/2010	Assinatura do Médico sob carimbo Neurologia - Neurocirurgia

LOCAL Joracoba	Data 26/03/2010	Marcos Renato de Almeida Assinatura do Acidentado
-------------------	--------------------	--

OBS: - Em caso de Solicitação de reembolso, anexar recibos e notas fiscais originais

DEMONSTRATIVO DE DESPESAS
 DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



15771 - 0

Local 11609
 Uso RESIDENCIAL
 Telefone 3221-7115 0
 DV 0
 NRC 00219967768
 Total da Fatura 69,92
 Vencimento 12/02/2010
 Mês 02/2010



CDD CERRADO A/CAS
 NILZA JORGE DE ALMEIDA
 R NATAL 116
 18040-810 JD PAULISTANO SOROCABA - SP

Devolução Cx Postal 61015 SP
 05001-970 00219967768



7208091889014820000003519020030210

Vencimento
 12/02/2010

Central de Relacionamento:
 10315

SERVIÇOS	VALOR (R\$)
Assinatura Mensal	29,66
Ligações Fixo-Fixo Locais em Horário Reduzido	6,08
Ligações Adicionais Fixo-Fixo Locais em Horário Normal	34,18
TOTAL A PAGAR	69,92

Contribuição para o FUST e FUNTTEL - 1,5% do valor dos serviços - não repassada às tarifas

Melhorar Sempre.
 O seu desejo é o mesmo que o nosso.

Atenção: O atraso do pagamento acarreta em multa de 2% e juros de 1% a.m.
 Para longa distância: 12-CTBC 14-BRT 15-TELFÔNICA 17-TRANSIT 19-ÉPSILON 21-EMBRATEL 23-INTELIG 24-PRIMEIRA ESCOLHA 25-GVT 26-IDT 28-HIP TELECOM 29-T-LESTE 31-TELEMAR 32-CONVERGIA 34-ETML 35-EASYTONE 36-DSLI VOX 38-TESA 40-TIM 42-GO SOU 45-GRUPO 45-GLOBAL CROSSING 51-51 BRASIL 61-NEXUS 63-HELLO BRAZIL 81-SERMATEL 89-KONECTA 91-IP CORP 98-ALPHA MOBILIS
 Para recurso Telefônica, ligue 10315 c/ protocolo fornecido pela Prestadora. ANATEL 133, ligue com o protocolo da Telefonica.

Disque 15 Nas lojas de atendimento da Telefonica voce esclarecer dúvidas e obter informações sobre serviços e sobre sua conta de telefone. Consulte o endereço da loja mais próxima pelo telefone 102 ou no site www.telefonica.com.br

O Recibo só será válido com autenticação ou apresentação do extrato bancário.





PREFEITURA ESTÂNCIA TURISTICA DE IBIUNA

RH

DEPARTAMENTO PESSOAL

Exercício: 2010

4R Sistemas

Consulta do Cálculo Mensal

Página: 1/1

Código: 3092 Nome: MARCOS RENATO DE ALMEIDA
 Organograma: Segurança Urbana
 Função: GUARDA CIVIL MUNICIPAL
 Nivel: EF (B27) - 748.99

Mês/Ano: 02/2010
 Admissão: 25/02/2002 Dep. IR: 1
 Demissão: Dep. SF: 1

Cd. Evento	Descrição	Referência	Provento	Desconto
0001	SALÁRIO BASE	20,0000	499,33	
0008	SALÁRIO FAMÍLIA CLT	1,0000	12,79	
0023	ACIDENTE DE TRABALHO	5,5250	262,14	
0051	ADICIONAL POR TEMPO DE SERVIÇO	1,0500	37,45	
0053	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	0,3000	228,44	
0102	ABONO CESTA BASICA (LEI MUN 839/2003)	1,0000	72,00	
0113	AUXILIO TRANSPORTE	1,0000	135,00	
0116	REGIME ESPECIAL DE TRABALHO (GCM)	0,3000	224,70	
0201	PREVIDÊNCIA (INSS)	0,0800		79,19
0215	ACIDENTE DE TRABALHO PAGO	5,5250		262,14
0308	CONVENIO NOSSA CAIXA	1,0000		328,17
0310	SEGURO VIDA (MENSALIDADE)	1,0000		86,81
Total.....:			1.471,85	756,31
			Líquido.....	715,54

Base Previdência: Base FGTS: Valor FGTS: Base IRRF:


Total de Funcionários: 1

46.634.531/0001-37

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURISTICA DE IBIUNA

Av. Cap. Manoel de O. Carvalho, 51
Centro - CEP 18100-000
IBIUNA - SP



 PREVIDÊNCIA SOCIAL	Comunicação de Acidente de Trabalho Número da CAT:2010.066.619-1/01
---	--

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	23/02/2010
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	DPESSOAL.IBIUNA@IG.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	IBIUNA PREFEITURA		
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 466345310001-37	CNAE	84116
CEP	18150000	Endereço	CAPITAO MANOEL DE OLIVEIRA CARVALHO 51
Bairro	CENTRO	Estado	SP
Município	IBIUNA	Telefone	0015-32489974

Informações do Acidentado

Nome	MARCOS RENATO DE ALMEIDA	Data Nascimento	28/07/1973
Nome da Mãe	NILZA JORGE DE ALMEIDA	Sexo	Masc
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo		
Estado Civil	Casado	Remuneração	748,99
CTPS	080418 Série: 00114 Dt emissão: 17/08/1988 UF: SP	Identidade	249564208 Dt emissão: 27/07/1989 Órg Exp: 01 UF: SP
PIS/PASEP/NIT	1255376273-0	Endereço	RUA NATAL, 116
Bairro	JD PAULISTANO	CEP	18150000
Estado	SP	Município	IBIUNA
Telefone	-	CBO	517215 - GUARDA-CIVIL MUNICIPAL
Aposentado	Não	Área	Urbana

Informações do Acidente

Data do Acidente	06/02/2010	Hora do Acidente	19:00
Horas Trabalhadas	00:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	5 - Outros	Esp. Local	ROD BUNJIRO NAKAO KM74
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	SP



Município do Acidente	IBIUNA	Último dia Trabalho/Dt Óbito	06/02/2010
Parte do Corpo	75.30.90.000 - CABECA, NIC		
Agente Causador	30.30.75.900 - VEICULO, NIC		
Sit. Gerador	20.00.04.600 - IMPACTO DE PESSOA CONTRA OBJETO EM		
Morte	Não	Data Óbito	

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

Silvio Ap^o. dos Santos
 Chefe Dept^o Pessoal
 RG.. 34.593.150-6

Informações do Atestado Médico

Unidade	PREF EST TUR DE IBIU	Data Atend.	06/02/2010
Hora Atend.	19:20	Houve Interrupção?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 015 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.80.000 - CONCUSSAO CEREBRAL		
CID - 10	S06 0 - Concussao cerebral		
Observações	PROB, PALADAR, AUDICAO TONTURA	CRM	0000061157 - UF: SP

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 23/02/2010 às 08:26:52

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.



Silvio Ap^o. dos Santos
 Chefe Dept^o Pessoal
 RG.. 34.593.150-6



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

NOME DATA NASCIMENTO NACIONALIDADE

RUA/AV. Nº

COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE ESTADO CEP

SEXO MASC FEM. DOC. INSCRIÇÃO - (Nº e Série)

ESTADO CIVIL SOLTEIRO CASADO VIÚVO DESQ/DIV

TEM OUTRA ATIVIDADE COM VINCULAÇÃO A PREVIDÊNCIA SOCIAL? SIM NÃO

ASSINATURA _____

NOME DO PROCURADOR OU CURADOR

ENDEREÇO

ATESTADO DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

EMPRESA Nº CNPJ

RUA/AV. Nº

COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE ESTADO CEP

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO DO SEGURADO CID

AFASTADO POR DOENÇA ACIDENTE DE TRABALHO FÉRIAS - A

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA

PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.	PRENOME DOS FILHOS	DATA NASC.
<input type="text" value="JOAO VITOR CAMARGO DE"/>	<input type="text" value="06/03/2000"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LOCALIDADE DATA

Silvio Apº. dos Santos
Chefe Deptº Pessoal
RG.. 34.593.150-6

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL E CARIMBO DO CGC DA EMPRESA

INSTRUÇÕES

- 1 - O requerimento deve ser preenchido sem rasuras e de preferência a máquina.
- 2 - No caso de segurado empregado, a empresa é responsável pelo preenchimento Atestado de Afastamento do Trabalho.
- 3 - No mês do afastamento do trabalho a empresa efetuará o pagamento integral do Salário - Família, e o INSS fará o mesmo no mês da cessação do benefício, evitando-se assim, cálculo de valores fracionados.

46.634.531/0001-37

PREFEITURA DA ESTÂNCIA
TURÍSTICA DE IBIÚNA

Av. Cap. Manoel de O. Carvalho, 51
Centro - CEP 18150-000
IBIÚNA - SP



Requerimento de Auxílio Doença

Comprovante do Requerimento

Requerimento: 120180114
Data: 22/02/2010

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP): 12553762730

Nome: MARCOS RENATO DE ALMEIDA

Endereço: RUA NATAL, 116

Bairro/Município/UF/CEP: JARDIM PAULISTANO / SOROCABA / SP / 18040810

Agência Realização Perícia: APS SOROCABA

Endereço da Perícia: RUA NOGUEIRA MARTINS, 141

Bairro/Município/UF/CEP: CENTRO / SOROCABA / SP / 18035257

Exame médico-pericial agendado para: 04/03/2010 16:00

CNPJ, CGC ou CEI: 46634531000137

Data do último dia de trabalho: 04/02/2010

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada: _____

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Data: ___/___/___

Silvio Apº. dos Santos
Chefe Deptº Pessoal
RG.. 34.593.150-6

Carimbo e Assinatura do responsável pela Empresa

Assinatura

Observação

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
 - Documento de IDENTIDADE Original;
 - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
 - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
 - Se empregado, ou (trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
 - Se segurado especial (trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço www.previdencia.gov.br ou ligando para o número 135 da Central.
- Compareça à Agência da Previdência Social com no mínimo 1 (uma) hora de antecedência do horário da perícia médica, munido de documentos pessoais, a fim de regularizar dados cadastrais.

Desenvolvido pela Dataprev - 2008

MPS | INSS | DATAPREV

SABI-AX1.V-1.6.1
Segunda-feira, 22 de Fevereiro de 2010



Atestado

Atesto para os devidos fins que o Sr. Marcos Renato de Almeida, 36 anos, esteve internado na Santa Casa de Sorocaba de 06/02/2010 a 16/02/2010 após atendimento no pronto-socorro com quadro de cefaléia, tontura e otoliquorréia à esquerda após traumatismo crânio-encefálico. Realizou tomografia de crânio que mostra sinais de contusão frontal à direita. Avaliado pela bucomaxilofacial, não apresentou comprometimento de articulação temporomandibular. Recebe alta com diagnóstico de fratura de base de crânio, em condições para tratamento em domicílio. Não está, atualmente, com drenagem presente no ouvido esquerdo, queixa-se de hipoacusia esquerdo, anosmia, distúrbio do paladar, síndrome vertiginosa e discreta cefaléia. Manterá antibioticoterapia via oral por mais 10 dias e esquema de corticoterapia em redução gradativa. Deverá continuar afastado do seu serviço por pelo menos mais 30 dias para continuidade do seu tratamento e acompanhamento com a neurocirurgia e otorrinolaringologia.

CID: S06
S02.1

Sorocaba, 16 de Fevereiro de 2010

Luiz Carlos Bêda
Neurologia - Neurocirurgia
CRM - 61157

Dr. Luiz Carlos Bêda
CRM 61157
Neurologia/Neurocirurgia



Informações Médicas sobre o Acidente de Trabalho

51 - Nome do Segurado Wanda Renato de Almeida

52 - Razão Social da Empresa

53 - Unidade de Atendimento Médico Hospital Municipal J. S. Silva

54 - Data 00, 02, 10 55 - Hora 1920 56 - Houve Internação?
 Sim Não

57 - Duração provável do Tratamento _____ dias

58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento?
 Sim Não

59 - Descrição e Natureza da Lesão
 Paciente vítima de acidente de trabalho - (motocicleta) - tropeço por vergalhão - deu um pulo no PS com o pé direito, parou no pé esquerdo, apresentando alguns ferimentos superficiais: laceração, hemorragia + sangramento por alguns dias.

60 - Diagnóstico provável TCE + Otorrinolaringite
FCC Rinite medicamentosa

61 - C.I.D. - 10

62 - Observações
 Fato: - Pulso dif. m. - col. - troc. -
 - pulso E
 - Exame por TC m. -
 avaliação neurológica a ser feita - (Santo André)

Local e Data 5 - 00 - 02 - 10 Assinatura do Médico, Carimbo CRM

Autenticação e presente cópia reprograda a qual contém como original a mim apresentado, do que dou fé.

25 FEV 2010

3º TABELETO DE NOTAS

COLEÇÃO Nº 1000 do Brasil

Autenticação

1136AB1000

Missara Luiz Donato

RECIBO

R\$

200,00#

Recebi do Sr. (a) Marcos Renato de Almeida
a quantia supra de R\$ 200,00 (Dozentos reais)
seguro particular da família) referente a preenchimento

Para maior clareza firmo o presente Recibo.

Sorocaba, 23

de março

de 2010.

Dr. (a)

CRM:

CPF:

Luiz Carlos Beda
61.157
405.254.300-91

RECEITUÁRIO

Pronto Atendimento - 24h
Convênio e Particular

P/ Marcos Renato de Almeida

uso oral

1) Decadron 4mg _____ 10 noite

toman 1 cp de 12 em 12 horas
por 3 dias, depois; toman 1 cp
pela manhã por 3 dias; depois;
toma 1/2 cp pela manhã por 3
dias e parar.

2) Omeprazol 40mg _____
toman 1 cp pela manhã por
30 dias.

VIRE
→

ANS-nº 33465-1

Este receituário não vale como atestado médico.

ISCMS - Mod. 114 - A/5



F: 0800 9702343
Av. São Paulo, 750 Vila São Domingos
CEP: 18013 - 002 Sorocaba - SP
www.santacasasorocaba.com.br
CNPJ: 71.485.056/0001-21
Inscr. Estadual: isenta


Santa Casa
Sorocaba

3) Diprione gotas _____

tomar 40 gotas de 6 em 6 horas
u dor.

4) Propenid 100mg entérica _____

tomar 1 cp de 12 em 12 horas
por 7 dias. 10 noite

5) Omeoxilina 500mg _____

tomar 1 cp de 8 em 8
horas por 10 dias.

16/02/10

Jaane
Dr. Jaane Barros dos Santos
Médica
CRM - SP 87.951

DROGASIL S/A

AV MOREIRA CESAR, 311/325 E. DQ CAXIAS
SOROCABA-SP - FONE (15)3211-6535
CNPJ:61.585.865/0266-22 IE:669.555.726.112

16/02/2010 14:07:40V CCF:161131 COO:285379

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	QTD.	UN.	VL.UNIT(R\$)	ST	IAT	VL.ITEM(R\$)	DESCRIÇÃO
001	0406253							Pp& HIPOGLOS 90G PH
								Pp- De 13,49 par 10,45
		1,000Un	x	10,45	F1	A	10,45	
002	0324533							& ONEPRAZ MD 40MG7CG
		1,000Un	x	28,88	F1	A	28,88	
								desconto item 002 29,99%
								-8,66
003	0324533							& ONEPRAZ MD 40MG7CG
		1,000Un	x	28,88	F1	A	28,88	
								desconto item 003 29,99%
								-8,66
004	0312813							& AMOX MD 500MG 30CA
		1,000Un	x	32,78	F1	A	32,78	
								desconto item 004 29,99%
								-9,83
005	0245838							& PROFEN ENT 100MG20CP
		1,000Un	x	31,61	F1	A	31,61	
								desconto item 005 17,49%
								-5,53
006	0447409							& DIP.SOD MD 500MG 10M
		1,000Un	x	3,72	F1	A	3,72	
007	0035255							& DECADRON 4MG10CP
		1,000Un	x	10,58	F1	A	10,58	
								desconto item 007 25,05%
								-2,65
008	0372992							60. MA TRID 5 CAN
		1,000Un	x	1,30	F1	A	1,30	
009	0493345							60. MA TRID 5 FRS
		1,000Un	x	1,30	F1	A	1,30	

TOTAL R\$ 114,17
TEFCREDITO 114,17

Loja: 0305 Hora: 14:08 Op:054752 Ve:0126
--> Pp = produto com preco promocional
--> & = PIS/COFINS 0% Lei 10147/00
Voce economizou em descontos 35,33
935727944*350004*6500061*8
NAO FAZEMOS TROCAS SEM O CUPOM FISCAL
Operador:Gustavo

CNPJ/CPF consumidor:
NOME: MARCOS RENATO DE ALMEIDA
END: 97000109968998000180021/EXCLUSIVO
*S2>S/*YKp+>x>>x@b>*b/@uS-S`Sh1=S&u&&x&s&SY&=KR2
ZPM ZPH/2EFC LOGGER ECF-IF
VERSAO:03.03.04 ECF:005 LJ:0305 DPR:
AAAAAAAAAHECHGSESI 16/02/2010 14:09:14V
FAB:ZP030813520

DROGASIL S/A

AV MOREIRA CESAR, 311/325 E. DQ CAXIAS
SOROCABA-SP - FONE (15)3211-6535
CNPJ:61.585.865/0266-22 IE:669.555.726.112

16/02/2010 14:09:17V GNF:082941 COO:285380

CDC:0060

CNPJ/CPF consumidor:
NOME: MARCOS RENATO DE ALMEIDA
END: 97000109968998000180021/EXCLUSIVO

**NAO E DOCUMENTO FISCAL
COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO
TEFCREDITO**

01# VIA

COO do documento vinculado: 285379
Valor da compra R\$: 114,17
Valor do pagamento R\$: 114,17
TEF 000058

NSU:005305

VISA CREDITO

491674-2039-02/13

1a VIA - CLIENTE AUT=174171

DOC=005305 16/02/10 14:18 ONL-C
VENDA A CREDITO
PARCELADO LOJA EM 03 PARCELAS

VALOR: 114,17

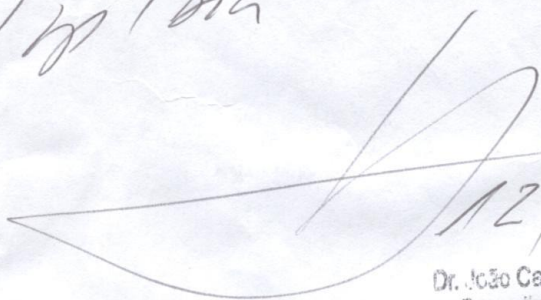
CONTROLE 02603505014 ITAUTEC SCOPE

47,20
Menes Renato de Almeida

Upoint

Feldene 60 _____ 1x

1x / dia

 12/03/10

Dr. João Ceno Rozas Barros
Ortopedia - Traumatologia
CRM 41.957



CORTS

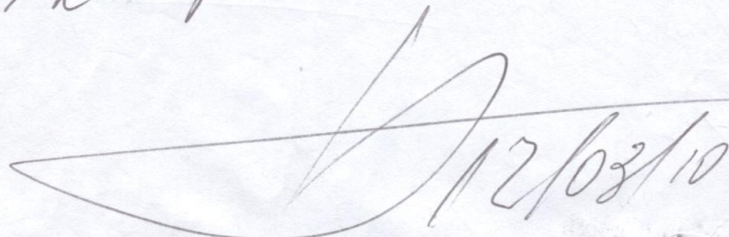
Clínica de Ortopedia, Reabilitação
e Traumatologia de Sorocaba

Fone/Fax: (15) 3224.4440 Rua Júlio Hanser, 145 - Lageado
(acesso também pela Av. Juscelino Kubitschek) Cep: 18030-320 / Sorocaba - SP

Uso:

Omeprazol ^{20mg} ~~20mg~~ 1x

1 comp in mouth.

 12/03/10

Dr. João Cezar Rosa Dias
Ortopedia - Traumatologia
CRM 41.967

ARP FARMA COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
RUA CORONEL CAVALHEIRO 197 VILA AMELIA
CEP: 18035-640 SOROCABA - SP TEL: (15)3334-5678
CNPJ: 10.445.145/0001-50
IE: 669.623.049.118

12/03/2010 17:46:50V CCF:019845 CUL:021917

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD	UN.	VL UNIT (R\$)	ST	VL ITEM (R\$)
001	0000000505588	ARCOXIA 90MG C/07 CPR					
		1 X 36,01		F1			36,01g
		desconto -3,60					32,41
002	0000000697124	DMEPRAZOL 20MG C/28 CAPS - ME					
		1 X 56,54		F1			56,54g
		desconto -15,63					40,91
003	0000000174005	FELDENE 20MG C/10 CPS 1 F1					18,09g
		Subtotal R\$					91,41
		desconto					-0,01
		TOTAL R\$					91,40
		Dinheiro					91,40

Codigo: 76984 Vend: GIMENA
Cliente: MARCOS RENATO DE ALMEIDA
Convenio: NORMAL

A Arp farma agradece a sua preferencia
AHMGKMSF FJSB4HMY NTPRETLK AFL7JFSF 6EQ30600GFPH
BEMATECH MP-2100 TH FI ECF-IF
VERSAO:01.01.01 ECF:001 LJ:0001
QQQQQQQQEPQIPTQUQ 12/03/2010 17:46:52V
FAB:BE050872900000009528 BR

RECEITUÁRIO

Pronto Atendimento - 24h
Convênio e Particular

P/ Marcos Renato de Almeida

uso oral

1) Proferid 100mg cápsulas — 1 ca
tomar 1 cp de 12 em 12 horas
por 5 dias.

Dr. Jeane Barros dos Santos
Médica
CRM - SP 87 951

Jeane

11/03/10

ANS-nº 33465-1

Este receituário não vale como atestado médico.
ISCMS - Mod. 114 - A/5



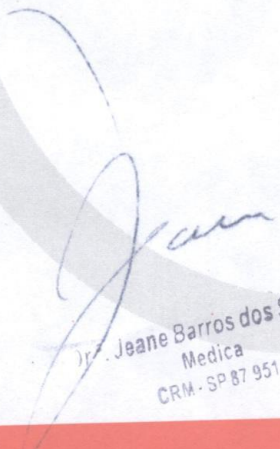
F: 0800 7231310
Av. São Paulo, 750 Vila São Domingos
CEP: 18013 - 002 Sorocaba - SP
www.santacasasorocaba.com.br
CNPJ: 71.485.056/0001-21
Inscr. Estadual: isenta


Santa Casa
Sorocaba

P/ marcos Renal de Almeida

insoral

1) Hidantal 100mg _____ 90cp
tomar 1cp de 8 em 8 horas
todo o dia


Dr. Jeane Barros dos Santos
Médica
CRM - SP 87.951

Este receituário não vale como atestado médico.

ISCMS - Mod. 114 - A/5

ANS-nº 33465-1



F: 0800 7231310
Av. São Paulo, 750 Vila São Domingos
CEP: 18013 - 002 Sorocaba - SP
www.santacasasorocaba.com.br
CNPJ: 71.485.056/0001-21
Inscr. Estadual: isenta



ARP FARMA COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
RUA CORONEL CAVALHEIRO, 197 VILA AMELIA
CEP: 18035-640 SOROCABA - SP TEL: (15) 3334-5678
CNPJ: 10.445.145/0001-50
IE: 669.623.049.118
11/03/2010 18:20:05V CCF:019793 COD:021860
CNPJ/CPF consumidor: 14976259803

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD.	UN.	VL UNIT (R\$)	ST	VL ITEM (R\$)
001	0000000198033	HIDANTAL 100MG C/25 CPR					
	2 X	6,22		F1			12,44g
002	0000000186055	PROFENID ENTERICO 100MG C/20					
	1 X	31,61		F1			31,61g
desconto		-1,58					30,03
Subtotal R\$							42,47
desconto							-0,02
TOTAL R\$							42,45
Dinheiro							42,45

Codigo.: 76984 Vend: GIMENA
Cliente: MARCOS RENATO DE ALMEIDA
Convenio: NORMAL
A Arp farma agradece a sua preferencia
6CGRC8HE QFDAFCHQ LDVYADFV 6AFJ68HE HAM2BT8H19QT
BEMATECH MP-2100 TH FI ECF-IF
VERSÃO:01.01.01 ECF:001 LJ:0001
QQQQQQQQEPQYTYPWE 11/03/2010 18:20:07V
FAB:BE050872900000009528

BR

ARP FARMA COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
RUA CORONEL CAVALHEIRO, 197 VILA AMELIA
CEP: 18035-640 SOROCABA - SP TEL: (15) 3334-5678
CNPJ: 10.445.145/0001-50
IE: 669.623.049.118
12/03/2010 09:56:01V CCF:019821 COD:021892
CNPJ/CPF consumidor: 14976259803

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD.	UN.	VL UNIT (R\$)	ST	VL ITEM (R\$)
001	0000000198033	HIDANTAL 100MG C/25 CPR					
	2 X	6,22		F1			12,44g
Subtotal R\$							12,44
desconto							-0,04
TOTAL R\$							12,40
Dinheiro							12,40

Codigo.: 76984 Vend: GIMENA
Cliente: MARCOS RENATO DE ALMEIDA
Convenio: NORMAL
A Arp farma agradece a sua preferencia
A6ILK7J8 JFPKBONT EPYUEIHO A4HDB5J8 AANC7DEJEANT
BEMATECH MP-2100 TH FI ECF-IF
VERSÃO:01.01.01 ECF:001 LJ:0001
QQQQQQQQEPQYTYPWE 12/03/2010 09:56:02V
FAB:BE050872900000009528

BR



INSTITUTO DO
Equilíbrio
MARCOS RENATO DE ALMEIDA

USO TÓPICO

ACERATUM

PINGAR 03 GOTAS EM CADA OUVIDO ,03 VEZES AO DIA ,NOS 3 DIAS ANTES DO RETORNO.

DR EMERSON ANTONIO MARCHETTI
CRM 84797

Rua Capitão Grandino, 269 Jd. Paulistano
18040 560 Sorocaba SP
15 3211 8210 / 3211 5594



contato@institutodoequilibrio.com.br
www.institutodoequilibrio.com.br

*** DROGARIA SAO PAULO S.A. ***
AV. BARAO DE TATUI, 428 JD. SOARES
Sorocaba - SP
CNPJ:61.412.110/0214-03 IE:669.553.110.110
27/03/2010 18:11:58 CCF:123425 COO:226078

CUPOM FISCAL

ITEM	CODIGO	DESCRICAO	QTD.	UN.	VL.UNIT(R\$)	ST	IAT	VL.ITEM(R\$)
001	211834	SAL FR. ENO LIM.100G						
		1,000Un x			9,01 F1 A			9,01:
		desconto item 001			5,99%			-0,54
002	167126	ACERATUM SL.10ML						
		1,000Un x			12,40 F1 A			12,40:
		desconto item 002			50,00%			-6,20
TOTAL R\$								14,67
TEF								14,67

VISA-491674-2039-02/13
POS=42143562 DOC=123067 AUT:482821
VENDA A DEBITO
NESTA COMPRA VOC# ECONOMIZOU:R\$ 6,74
NSU:650PER:25797AUT:14910P2K-VRS:07.08.12 ON
xb+=&S-\$>S!h2K=b>92ww>xY>9px-2=/~X/u#\$~Y~-T@YX9!
ZPM ZPH/2EFC LOGGER ECF-IF
VERSAO:03.03.04 ECF:003 LJ:0207 OPR:
AAAAAAAAAIAAOSPCG 27/03/2010 18:12:43
FAB:ZP030812950

Sorocaba, 24 de Março de 2010.

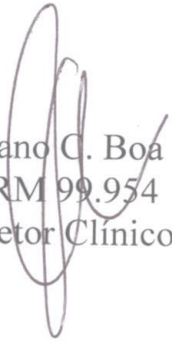
DC/Nº 220/10
Solicitação de Prontuário

Ilmo.(a) Sr.(a)
Marcos Renato de Almeida

Prezado(a) Senhor(a)

Em resposta a sua solicitação estamos enviando xerox do prontuário de internação datado em **06/02/10** do(a) paciente **MARCOS RENATO DE ALMEIDA.**

Atenciosamente,


Dr. Fabiano C. Boa Sorte
CRM 99.954
Diretor Clínico



Compromisso com a saúde!

Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba
Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande
Sorocaba, SP
CNPJ: 71.485.056/0001-21
Site: www.santacasasorocaba.com.br

Page: 1
Data: 07/02/2010
Hora: 10:30:42
SIMPS: RTISSSOLINTER

ANS - nº 33.465-1

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº 1807874

1 - Registro ANS 334651	3 - Data da Autorização 07/02/2010	4 - Senha	5 - Data Validade da Senha 15/03/2010	6 - Data de Emissao da Guia 07/02/2010
----------------------------	---------------------------------------	-----------	--	---

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 000000001129501	8 - Plano S.C.S - S/ FRANQUIA I/F	9 - Validade da Carteira
10 - Nome MARCOS RENATO DE ALMEIDA		11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 71.485.056/0001-21	13 - Nome do Contratado SANTA CASA	14 - Código CNES
15 - Nome do Profissional Solicitante SANTA CASA	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho
	18 - UF	19 - Código CBOS

Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação

20 - Código na Operadora / CNPJ 71.485.056/0001-21	21 - Nome do Prestador SANTA CASA
22 - Caráter da Internação <input type="checkbox"/> E - Eletiva <input type="checkbox"/> U - Urgência/Emergência	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
24 - Regime de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Hospital-Dia 3 - Domiciliar	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1
26 - Indicação Clínica <i>paciente por acidente automobilístico com otomargie.</i>	

Hipóteses Diagnósticas

27 - Tipo Doença <input type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente <input type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29 - Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros
30 - CID 10 Principal 506	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)
		33 - CID 10 (4)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela 00	35 - Código do Procedimento 20010	36 - Descrição VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)	37 - Qtde. Solicit 1	38 - Qtde Aut 1
-------------------	--------------------------------------	--	-------------------------	--------------------

OPM Solicitados

39 - Tabela	40 - Código do OPM	41 - Descrição OPM	42 - Qtde	43 - Fabricante	44 - Valor Unitário R\$
-------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------------	-------------------------

Dados da Autorização

45 - Data Provável da Admissão Hospitalar 07/02/2010	46 - Qtde. Diárias Autorizadas 1	47 - Tipo de Acomodação Autorizada
48 - Código na Operadora/CNPJ 71.485.056/0001-21	49 - Nome do Prestador Autorizado SANTA CASA	50 - Código CNES

51 - Observação

51 - Observação
s/carencia
s/ franquia

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante <i>[Assinatura]</i>	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>[Assinatura]</i>	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---	--	--

Dr. Jaene Barros dos Santos
Médica
CRM - SP 87.951



Compromisso com a saúde!

ANS - nº 33.465-1

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba
Av. São Paulo, 750 - Jd. Árvore Grande
Sorocaba, SP
CNPJ : 71.485.056/0001-21
Site : www.santacasasorocaba.com.br

Página : 2
Data : 07/02/2010
Hora : 10:30:42
SIMPS: RTISSOLINTER

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº 1807874

Prorrogações

55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 - Qtde.	65-Qtde.Aut	
66-Tabela	67-Código do OPM	68 - Descrição OPM	69-Qtde	70-Fabricante	71-Valor Unitário R\$
55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64 -Qtde	65-Qtde.Aut	
66-Tabela	67-Código do OPM	68 - Descrição OPM	69-Qtde	70-Fabricante	71-Valor Unitário R\$
55 - Data	56 - Senha	57 - Responsável pela Autorização			
58 - Tipo Acomod	59 - Acomodação	60 - Qtde. Autorizada			
61 - Tabela	62 - Código do Procedimento	63 - Descrição	64-Qtde	65-Qtde.Aut	
66-Tabela	67-Código do OPM	68 - Descrição OPM	69-Qtde	70-Fabricante	71-Valor Unitário R\$