

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11357212

A/C: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170393466 ASL-0271222/17
Vítima: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11357292

A/C: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170393466 ASL-0271222/17
Vitima: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS
Data Acidente: 17/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS**

Nº Sinistro: **3170393466**
Vitima: **MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS**
Data do Acidente: **17/09/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170393466**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12267203



Sequidona

LIDER

Idrottens betydelse för barn och ungdomar

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

N° DO SINISTRO

CAMPO PRE



Causes de inexistência de IRL

Esta Formulatura deve ser preenchida exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

E.L. Michelle Agatha Silva Farias
 PORTADORA(A) DO RG Nº 3165955 EXPEDIDO POR BSD/PB EM 10/12/14
 CPF 032064014-07 /CNPI _____ PROFISSÃO Aty. Formação
 E RENDA MENSAL DE R\$ 5.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Michelle Agatha S. Farias. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

11) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e do fluxo de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br/, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos a mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

SINCOR/PB

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito) **04/06/2017**

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA ISOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

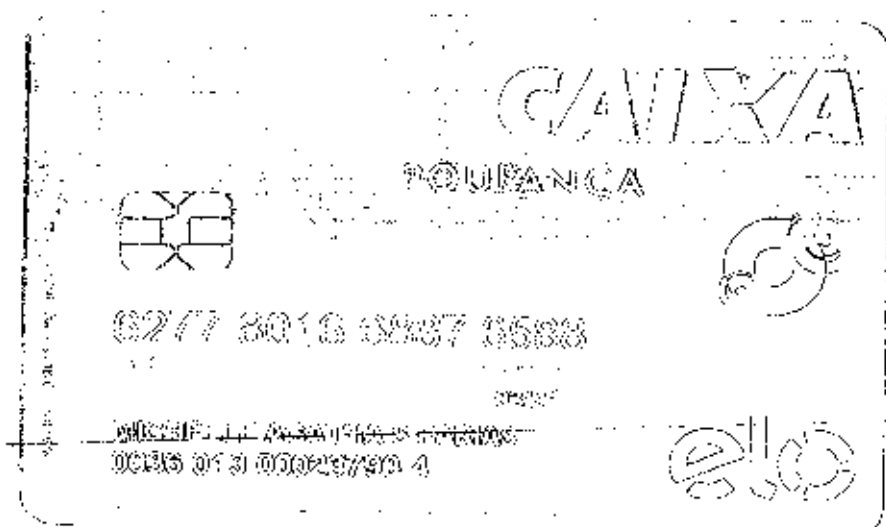
Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0336 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2340-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO CREDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

Local _____ de _____ de 2017 + Michelle Agatha Silva Farias
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

↑ ATENÇÃO

[illegible]



SINCOR/PE

24 JUL 2017



-0001-

Documento de Identificação

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01037.01.2017.1.00.401

SINCOR/PB
12/02/17
Registro de

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, do Registro de Ocorrência Policial Nº 01037.01.2017.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12^{00h} horas do dia 12 de fevereiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Juvanira Holanda Linhares, matrícula 1332171, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu David Pimentel Soares, CPF nº 095.432.204-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aux. de Farmácia, filho(a) de Ana Vicente Pimentel e Inacio Juvino Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/04/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vicente Costa Filho, Nº 314, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Na Rua Lateral do Mercado Menor Preço., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99877-7970.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Vicente Costa Filho, nº 314, Na Rua Lateral do Mercado Menor Preço., João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 12/02/17 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 17/09/2016, O NOTIFICANTE VINHA EM SEU VEÍCULO MOTO NA AV. EPITÁCIO PESSOA, DESTINO CENTRO/PRAIA E QUE AO PASSAR EM FRENTE AO BANCO BRADESCO, EIS QUE SURGE UM VEÍCULO SEDAN CLIO DE PLACA MOI 4378/PB, E CRUZOU NA FRENTE DA MOTO DO NOTIFICANTE PARA ADENTRAR A DIREITA; QUE NÃO TEVE COMO O NOTIFICANTE EVITAR A COLISÃO DA SUA MOTO NO CARRO SEDAN CLIO; QUE NO DIA DO OCORRIDO, AS PARTES ENVOLVIDAS FIZERAM UM ACORDO E POR ISSO NÃO FOI FEITA PERÍCIA; QUE O NOTIFICANTE ALEGA QUE PAGOU A QUANTIA DE R\$ 600,00 REAIS; QUE NA QUINTA FEIRA PASSADA O ACUSADO PROCUROU O NOTIFICANTE EM SEU TRABALHO PARA DIZER QUE A QUANTIA PAGA PELO MESMO NÃO ESTARIA DE ACORDO COM O SERVIÇO DO SEU VEÍCULO, QUERENDO FAZER UM NOVO ACORDO, ONDE NÃO FOI ACEITO PELO NOTIFICANTE; ENTÃO A COMPANHEIRA DO NOTIFICANTE MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS, LIGOU PARA O DONO DO VEÍCULO CLIO SEDAN DE ASSIS, DIZENDO AO MESMO QUE NÃO FOSSE MAIS NO TRABALHO DE SEU COMPANHEIRO, POIS SE DAVID FOSSE PREJUDICADO, O MESMO ENTRARIA COM UMA AÇÃO CONTRA O MESMO; ENTÃO O MESMO FALOU PARA A COMPANHEIRA DIZENDO QUE A MESMA ESTARIA LHE AMEAÇANDO E QUE VOLTARIA NO EMPREGO DO SEU COMPANHEIRO; QUE O NOTIFICANTE ALEGA QUE O DE ASSIS TEM O TELEFONE TANTO DELE COMO O DE SUA COMPANHEIRA.

ADENDO(S):

Que na data 12/04/2017, à(s) 13:28 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Que a placa da moto é QFK 7339 PB.. Adendo registrado por: Sione Guilhermina Interaminense, Agente de Investigação, matrícula: 1820567.

Que na data 21/06/2017, à(s) 11:16 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ACRESCENTA AINDA O NOTIFICANTE QUE A SUA COMPANHEIRA MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS, CPF Nº 082.064.014-07, VINHA DE CARONA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO, SENDO LESIONADA E SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. BRICIO KELTON GONÇALVES, CRM-PB 7654, DATADO DE 27/02/2017.. Adendo registrado por: Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula: 1372424.



Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de junho de 2017.



CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação



DAVID PIMENTEL SOARES
Noticiante

SINCOR/PB
04 JUL. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO I^r

+0004+

-algarismo

Eu, Michelle Agatha Silva Farias, portador da carteira de identidade nº 3165955 e inscrito no CPF/MF sob o nº 082 064 014-07, residente e domiciliado na Rua Vicente Costa Filho N: 314 Cristo Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Michelle Agatha Silva Farias

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 19 de Abril de 2017

Local e data

SINCOR/PE
04 JUL 2017



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB



Atendimento de emergência

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o registro nº 706/069, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1427501, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS** idade 26 anos vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 17/09/2016, na Av. Epitácio Pessoa, Bairro: Tambauzinho - João Pessoa - aproximadamente às 13:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital HAPVIDA.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 22 de Junho de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - 10471

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SINCOR/PE
04 JUL 2017

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Michelle Agatha Silva FariasRG nº 3.165.955, data de expedição 10/12/14, Órgão SSP/PB

CPF nº 032.064.044-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Logradouro | |
| (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Vereante Costa Filho</u> |
| Número | <u>Nº 314</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Cristo Redentor</u> |
| Cidade | <u>João Pessoa, PB</u> |
| Estado | <u>Paraíba - PB</u> |
| CEP | <u>58070350</u> |
| Telefone de Contato | <u>998777970</u> |
| E-mail | |

SINCOR/PB
14 JUL 2017

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 19-04-2017Assinatura do Declarante: Michelle Agatha Silva Farias

Atta Fickail Corlaide Energy & Electric NPO00 663,465
 Cúinte na Dáil Na Aulmáitice: 06/04/2013

[illegible]

ഭാഗ്യം സംഭവം

- Assentamento de 25 lotes a partir de -
A partir de 1976 - a cada 15 dias do mês (15) será a parcela,
com custo de R\$ 2.200 e cada 150 metros por (150m), com
margens. A margem de 50 metros por cada 150 metros por 150 metros,
com custo de 150 metros por 150 metros por 150 metros,
com custo de 150 metros por 150 metros por 150 metros.

வினா 9: கங்கை ஓது
கரையிலே இருக்கா

OPEN TO ALL

| Anterior | | Actual | | Consentit | Consumo | Dispo |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|-------|
| Data | Lectura | Data | Lectura | | | |
| 13/01/07 | 16652 | 12/02/07 | 15751 | 1 | 157 | 35 |

Demonstrative

| Descrição | Quantidade | Preço | Valor (R\$) |
|-----------------|------------|----------|-------------|
| Consumo em kWh | 157 | 0,44(28) | 68,12 |
| Adm. B. Amarela | | | 1,40 |
| CGMS | | | 28,20 |
| P.S. | | | 1,39 |
| CGFMS | | | 8,38 |

94 JUL. 2017



HOSPITAL
de PARARIBA

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
38374837



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

| | | | |
|--|------------------------------|-----------------------|--------------|
| Prontuário | Nome do Paciente | Se | Idade |
| 5386498 | MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS | F | 26 |
| RG | CPF | Carteira Profissional | Estado Civil |
| 3265955 SSP PB | 8206401407 | | 2-SOLTEIRO |
| Endereço | | | |
| R VICENTE COSTA FILHO,314 - CRISTO, JOAO PESSOA(PB) CEP 58051180 | | | |
| Telefone Residencial | Telefone Trabalho | | |
| | 986184509 | | |

DADOS DO CONVENIO

| | |
|--------------------------|--|
| Convenio | |
| 1822 HAPVIDA JOAO PESSOA | 1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO |
| Carteira | Validade |
| 02313001018004011 | |

DADOS DO ATENDIMENTO

| | | | |
|---|-----------|------------------|--------------------|
| Setor | | | |
| 118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP | | | |
| Data | Hora | Matricula | Tipo Atendimento |
| 17/09/2016 | 14:48 | | 2 CONSULTA CLINICA |
| Médico Atendente | | | Clinica |
| 2684071 BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES | | | 5-TRAUMATOLOGICA |
| Médico Acompanhante | Peso (Kg) | Temperatura (°C) | |
| | | | |

SINCOR/PB
04 JUL 2017

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO EMERGÊNCIA ADT - HOSP J Lallo: 118224/12 28/09/2018 10:56

Paciente: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS Atendimento: 38374837 Prontuário: 538849B Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES CRM 7654 Nº: 06582860 17/09/2016 às 14:59

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA (COLISAO CARRO MOTO), VEM COM SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.
APRESENTA DOR EM OMBRO ESQ E AO ESQ
JOELHO ESQ E CALCANEOL ESQ
ESCORIAÇÕES EM MMSS ESQ E JOELHOS BILATERAL
NEGA PERDA DE CONCIENCIA.
BEGA CERVICALGIA

CID10

S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

SINCOR/PE
04 JUL 2017



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP J Leito: 118224/12 28/09/2016 10:56

Paciente: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS Atendimento: 38374837 Prontuário: 538B498 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): ADAILTON DOS SANTOS FERREIRA COREN 1126 Nº: 06583631 17/09/2016 às 16:01

CONTROLE VITAIS

SINAIS VITAIS

Dor

Estágio Da Hipertensão

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

TRAMAL AMPL 100MG EV ADMINISTRADO AS 16:01, EM 17/09/2016 RESP. ADAILTON DOS SANTOS FERREIRA, COREN/PB 1126.

PROFENID IV FRAP 100MG EV ADMINISTRADO AS 16:01, EM 17/09/2016 RESP. ADAILTON DOS SANTOS FERREIRA, COREN/PB 1126.

SINCOR/PB
24 JUL. 2017

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP J Leito: 118224/12 28/09/2016 10:57

| | | | |
|--|-----------------------|---|------------------------|
| Paciente: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS | Atendimento: 38374837 | Prontuário: 5388498 | Convênio: HAPVIDA JOAO |
| Profissional(is): ERIKA GUALBERTO COURA COREN 270389 | Nº: 06587859 | 17/09/2016 | às 23:12 |
| CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | |
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE | | TIPO VELPEAU 1 JUSTIFICADO AS 23:09, EM 17/09/2016 RESP. ERIKA GUALBERTO COURA, COREN/PB 270389. MOTIVO: ERRO | |

SINCOR/PB
8 6 JUL. 2017

24847863

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|--------------------------------|--|---|---|-----------------------------|----------|-----------------|
| 1 - Registro AINS nº 0 | | 3 - RF Cód. Profissional 24847893 | | 4 - Data de Anotação | | 5 - Perfil | | 6 - Data de Validade da Sessão | | 7 - Data de Encerramento da Sessão 17/09/2016 | | | | |
| 8 - Nome do Cliente 023130101304011 | | | | 9 - Nome da Empresa PLANO EMPRESA APARTAMENTO | | 10 - Validade da Carteira | | | 11 - Nome MICHELLE AGUIAR SILVA PAIXAS | | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde | | | |
| 13 - Códigos de Operadora CNPJ/CPF 9114855030107 | | | | 14 - Nome do Contratado CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - NGJP | | | | | | 15 - Códigos de RH 2300080 | | | | |
| 16 - Nome do Profissional Solicitante ERICIO KELTON BARBOSA GONCALVES | | | | 17 - Conselho Profissional CRM | | 18 - Número do Conselho 7054 | | 19 - UF PB | | 20 - Código CBO 5 | | | | |
| DADOS DA SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 - Ordem de Solicitação 17092015 14.43 | | 22 - Centro de Solicitação U - Centro U - Urgência/Emergência | | 23 - CID-10 B400 | | 24 - Indicação Clínica | | | | | | | | |
| 25 - Tabela | | 26 - Código do Procedimento | | 27 - Descrição | | | | | 28 - Tipo de Exame | | 29 - Quantidade | | | |
| 1 | | 02 | | 00010071 | | CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | | | 1 | | | | | |
| 2 | | 32 | | 52240142 | | TIPO VELPEAU | | | 1 | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DO CONTRATADO PRESTADOR | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 - Código da Operadora CNPJ/CPF | | 31 - Nome do Contratado | | 32 - F. Log | | 33 - CNPJ (para empresas) Número completo | | 34 - Raza/etnia | | 35 - UF | | 36 - Cód. OGE | 37 - CEP | 38 - Grupo CNEB |
| 39 - Códigos de Contratação | | 40 - Nome do Profissional e sua Qualificação Profissional ERICIO KELTON BARBOSA GONCALVES | | 41 - Conselho Profissional CRM | | 42 - Número do Conselho 7651 | | 43 - UF PB | | 44 - Códigos CBO 5 | | 45 - Grau de Especialização | | |
| DADOS DO ATENDIMENTO | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | 50 - Tipo de Exame | | 51 - Tipo de Exame | | 52 - Tipo de Exame | | |
| 46 - Tipo de Atendimento | | 47 - Perfil da Equipe | | 48 - Turno | | 49 - Tipo de Exame | | | | | | | | |

Abstract

LUZ ALFONSO DE OLIVEIRA LIMA 26/09/2019 13:57

102 85 4-13

SINCOR/PB

JUL 4 2017



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 28/06/2016 10:06:20

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|------------------|------------------|
| Nº Prescrição: 10680537 | Atendimento: 38374837 | Prontuário: 5388498 | Data: 17/03/2016 | Hora: 15:41 |
| Paciente: MICHELLE ABATHA SILVA FARIAS | Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA | Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP JOAO PE | Peso: kg | Leito: 118224/12 |
| 1. TRAMAL (50.00mg/ml) | 100 mg | 2 ML (AMPL C/100MG) Agora | EV | |
| Soro Fisiológico 0.9% | 100 ml | | | |
| 2. PROFENID IV (100.00mg) | 100 mg | 1 FRAP (C/100MG) | Agora | EV |
| Soro Fisiológico 0.9% | 100 ml | | | |
| 3. TIPO VELPEAU | 1 | 24/24h | | |

RP1541

LUIZ ALEXANDRO DE OLIVEIRA LIMA 28/06/2016 10:06

HR2 05 4.33

SINCOR/PB
14 JUL. 2017

SISTEMA
HAPVIDA

LAUDO MÉDICO

Declaro para devido fins que a paciente Michelle Agatha Silva Farias, foi atendida no HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA no dia 17/09/2016, vítima de acidente de trânsito com motocicleta (sic) tendo o diagnóstico codificado com o CID-10 S400, de tratamento conservador da lesão.

Ante o exposto conclui que a paciente encontra-se de alta para retorno as atividades laborais.

João Pessoa, 27 de Fevereiro de 2017

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves

Médico

CRM 7654

Dr. Brício Kelton Barbosa Gonçalves

CRM 7654

SINCOR/PE

14 JUL 2017



Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários - (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que a paciente **MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS**, foi atendida neste Hospital no dia 17.09.2016, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme atendimento nº **38374837**.

João Pessoa, 28 de Setembro de 2016.



EVERTON PEREIRA DE CARVALHO
Faturista

SINCOR/PB
04 JUL. 2017



SINCOR/PB
34 JUL 2017