

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

**Vitima:** 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](http://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](http://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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



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.

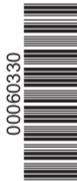
**NÃO PERCA TEMPO!**

**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](http://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](http://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**



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

N° DO SINISTRO

CAMPO PRT



Capítulo de Introdução à IML

Este formulário deve ser preenchido 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 fiorina e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

Individuo 001, sexo  
E., Michelle Agatha Silva Faria

POR TADOR(A) DO RG N° 3165855

EXPEDIDO POR 357 (PB)

EM 10/12/14

SPF 0832 06/04/2014 - 533 (CNPI)

PROFISSÃO Any Educação

E RENDA MENSAL DE R\$ 9.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(AS) DO VALOR REFERENTES À INSCRIÇÃO DE 2019.

1.1.14 Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e a fóixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser feitos e devem ser cancelados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos apareceram termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
  - Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, MF (micro empresa) ou LTDA
  - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não foi titular;
  - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
  - Conta tipo FÁCIL operação 073 da CEF (Caixa Econômica Federal);
  - Conta POUPIANÇA 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 e não é feito o encerramento cumpritolório dos dados bancários);
  - CPF do beneficiário/vítima invalido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://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/beneficiário;

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

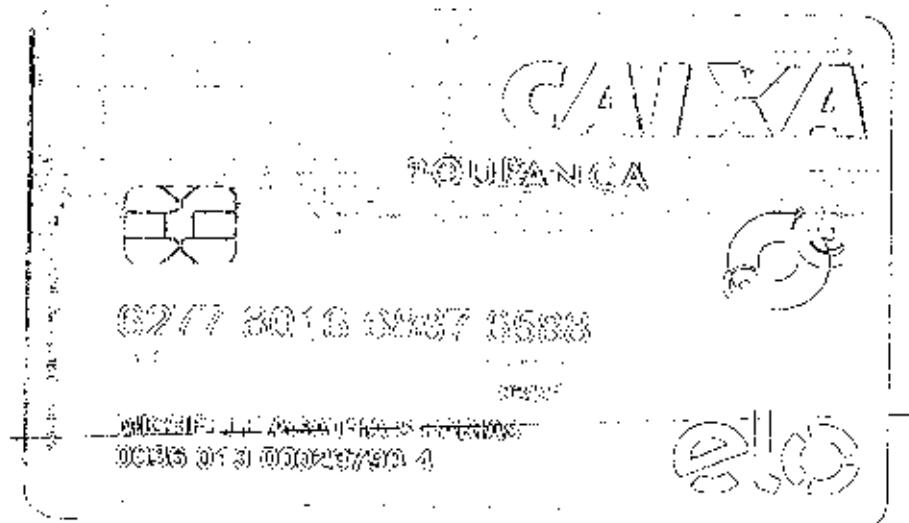
SINCOR/PB

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA Vez EFETUADO O PAGAMENTO CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO REFERIDA NA LINHA INICIAL.

Isac Peres (S) de Abriél de 2012 + Michelle Agatha Sifra Gómez  
TOCA E DATA ASSINATURA C. BENEFICÁRIO

↑ ATENÇÃO



SINCOR/PE

94 JUL. 2017



Documento de Identificação

*SINCOR/PB*

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01037.01.2017.1.00.401**

-0001-

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, no Registro de Ocorrência Policial Nº 01037.01.2017.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:00 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 Farmacia, 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 FARIA, 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 TEFONE 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 Gouveia 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.

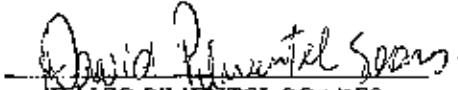
Que na data 21/06/2017, à(s) 11:16 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ACRESCENTA AINDA O NOTIFICANTE QUE A SUA COMPANHEIRA MICHELLE AGATHA SILVA FARIA, 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 MEDICO EXPEDIDO PELO DR. BRÍCIO 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

*S/NCOR/PB  
14 JUL 2017*

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



1-00004\*

1-00004\*

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 Centro Cidade Leme Piauí, Estado Piauí, 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:

- (1) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (2) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (3) 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 Lider 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

Leme Piauí 19 de Abril de 2017

Local e data

*SINCOR/PI*  
19/04/2017



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



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



Autenticação da assinatura

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento 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 FARIA, idade 26 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 17/02/2016, 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.

SINCOR/PE  
24 JUL. 2017

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREIS PB 0000: 10471

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

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Michelle Agatha Silva FariasRG nº 3165955, data de expedição 10/12/14, Órgão SEF/PBCPF nº 082 064-0491, 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	<u>Rua Vicente Costa Filho</u>
(Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>№ 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>998772930</u>
E-mail	

SINCOR/PB26/01/2017

Por ser verdade, firmo-me.

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



## FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO

## DADOS PESSOAIS

Atendimento

38374837



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

49:12

Prontuário	Nome do Paciente		Se	Jade
5388498	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)	
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO

SINCOR/PP  
14 JUL 2017

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

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

Paciente: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS	Atendimento: 38374837	Prontuário: 5388498	Convênio: HAPVIDA JOAO
--	-----------------------	---------------------	------------------------

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

ANAMNESE			
----------	--	--	--

Qualixa Principal	PACIENATE 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 CALCANEOS ESQ ESCORIAÇÕES EM MMISS ESQ E JOELHOS BILATERAL NEGA PERDA DÉ CONCIENCIA. BEGA CERVICALGIA		
CID10	S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			

SINCOR/PP  
16 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: 5388498	Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional(is): ADAILTON DOS SANTOS FERREIRA COREN 1126	Nº: 06533631	17/09/2016	8s 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 FARIA	Atendimento: 38374837	Prontuário: 5388498	Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional(is): ERIKA GUALBERTO COURA COREN 270389	Nº: 06597859	17/09/2016	As 23:12
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>			
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

S/NCOR/PB  
14 JUL. 2017

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT N° 24847863						
1 - Registro Ata ATA nº 0	2 - Nº Guia Periodo 24847863	3 - Data do Atendimento	4 - Período	5 - Data de Vencimento da Série	6 - Data de Emissão da Série	7 - Data de Emissão da Guia 17/09/2016
8 - Endereço Cidade 02913001010004011	9 - Ponto PLANO EMPRESA APARTAMENTO	10 - Validade da Cotação	11 - Nome MICHELLE AGATHA SILVA PARAS	12 - Número do Cartão Número de Série		
13 - Código do Consultor Atendente 011485500107	14 - Número do Consultor CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOÃO PESSOA - NGJP				15 - Código do Consultor 23/09/08	
16 - Nome do Profissional de Saúde ERICIO KELTON BARBOSA GONCALVES	17 - Código Profissional CRM			18 - Número no Consulto 7054	19 - UF PB	20 - Código CBO 3
DADOS DA SOLICITAÇÃO/ATENDIMENTO E EXAMES REALIZADOS						
21 - Código da Série 17092016	22 - Código da Referência U E-Série U-Atendimento Emergência	23 - Cód. Atend. 8400	24 - Indicação CRM			
25 - Fazenda 26 - Código do Profissional 1 02 00010078 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Descrição 2 02 52240142 TIPO VELPEAU				28 - Data (dd/mm/aaaa)	29 - Data (dd/mm/aaaa)
3 01	4 01				30 - Data (dd/mm/aaaa)	31 - Data (dd/mm/aaaa)
5 01				32 - Número 7054	33 - UF PB	34 - CBO 3 00-CBO 3
DADOS DO CONSULTOR ATENDENTE						
35 - Código da Operadora CUP/CRM	36 - Nome do Consultor	37 - T Log	38 - Código de Participação Consultor 3017796487	39 - Número CRM	40 - Número no Consulto 7054	41 - UF PB
42 - Número de Consulta ERICIO KELTON BARBOSA GONCALVES			43 - Código Profissional CRM	44 - Número no Consulto 7054	45 - Código CBO 3 00-CBO 3	46 - Código CBO 3 00-CBO 3
DADOS DO ATENDIMENTO						
47 - Tipos de Atendimento 01-Ambulatório 02-Pesquisa Clínica 03-Consulta 04-Escuta 05-Alardeamento-Doméstico 06-SACD Interativo 07-Ornamentação 08-Rotativário 09-TRB - Tratamento Rápido de Urgência						
48 - Indicação de Atendimento 0 - Academia ou Centro Educacional ou Laboratório 1 - Clínico 2 - Outros						
49 - Número de Série 1 - Relatório 2 - Relatório SADT 3 - Relatório 4 - Encaminhamento 5 - Ata 6 - Guia						
50 - Código de Documento A - Apura C - Clínica F - Atenc. M - Atenc. G - Outros						
51 - Cotação 52 - Data Inicial 53 - Data Final 54 - Fazenda 55 - Código do Fazendamento 56 - Data 57 - Valor 58 - Valor Agregado 59 - Valor Unidade 60 - Valor Total - R\$						
02913001010004011	1/09/2016	1/09/2016	00010078 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1		0,00
02913001010004011	1/09/2016	1/09/2016	52240142 TIPO VELPEAU	1		0,00
53 - Data e Assinatura do Profissional em Série						
54 - L - P - J - M - S -	55 - L - P - J - M - S -	56 - L - P - J - M - S -	57 - L - P - J - M - S -	58 - L - P - J - M - S -	59 - L - P - J - M - S -	60 - L - P - J - M - S -
54 - DATA/ASSINATURA						
61 - Total PrecoMedidas - R\$	62 - Total Fazenda e Encargos - R\$	63 - Total Encargos - R\$	64 - Total Encargos/PrecoMedidas - R\$	65 - Total Encargos - R\$	66 - Total Encargos/PrecoMedidas - R\$	67 - Total Dívida de Débito - R\$
122,85	122,85	122,85	122,85	122,85	122,85	122,85
68 - Data e Assinatura do Supervisor do Exame 28/09/2016	69 - Data e Assinatura do Supervisor policial Autorização 27/09/2016	70 - Outra Assinatura do Sócio-Fiel ou Hospitalar 27/09/2016	71 - Data e Assinatura do Profissional Executante 17/09/2016			

SINCOR/PB

04 JUL. 2017

Assinatura: LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 24092016 1557 122,85 0,33



## PREScrição MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 28/05/2016 10:58:28

Nº Prescrição: 10638537	Atendimento: 38374837	Prontuário: 5328498	Data: 17/05/2016	Hora: 15:41
Paciente: MICHELE AGATHIA SILVA FARIA'S		Convenio: HAPMIDA JOAO PESSOA	Pesos:	
1. TRAMAL (50,00mg/ml)	500 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		

REVISÃO

LUZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 28/05/2016 10:56

HR 05 4.33

SINCOR/PB

14 JUL. 2017

ASSISTENCIA  
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 Gonçalves  
Médico  
CRM 7654

Dr. Brício Kelton Barbosa Gonçalves  
CRM 7654

SINCOR/PP  
14 JUL. 2017

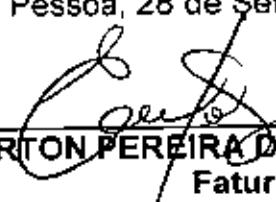


Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07  
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários - (83) 3255-8900  
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

### DECLARAÇÃO

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.

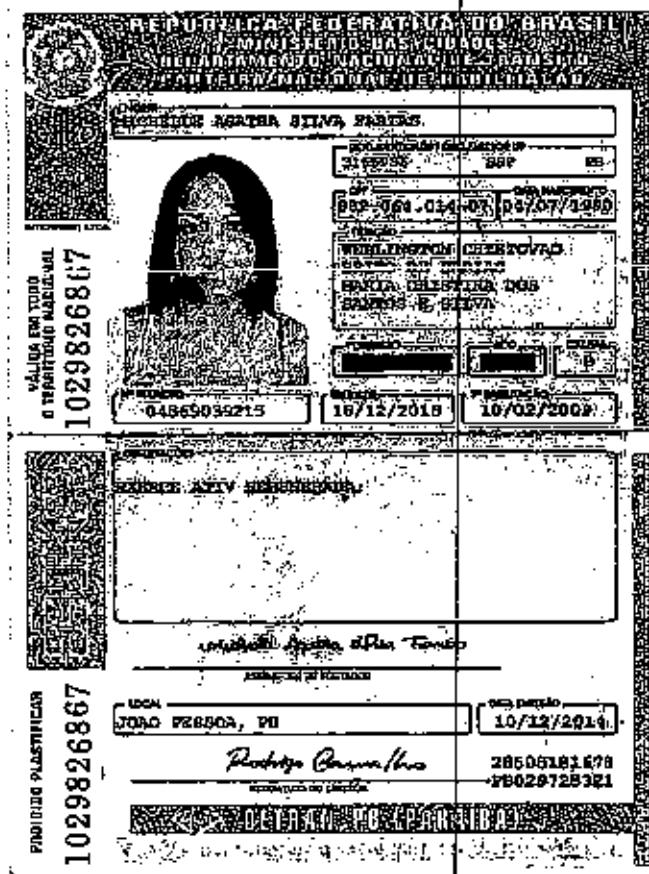
  
\_\_\_\_\_  
**EVERTON PEREIRA DE CARVALHO**  
Faturista

*S/INCOR/PB*  
*14 JUL. 2017*



• ८४१८

סימן-מבחן



SINCOR/PB  
34 JUL. 2017