
Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190349697

Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190349697

Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190349697 Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

Data do Acidente: 13/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

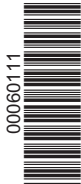
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 094.280.554-25 Nome completo da vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO CPF: 094.280.554-25
Profissão: AGRICULTORA Endereço: SITIO RAPADOR Número: S/N Complemento: _____
Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PB CEP: 58388-000
E-mail: omafreiaalmeidaadv@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99999-7360

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 09013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4553 ☐ CONTA: 0418 ☐ 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, ALAGOA GRANDE PB - 28/05/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geisy Kelly de Sousa Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Edilene Gomes Oliveira de Araújo
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV
CPF: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
2ª Nome: 28 MAIO 2019
CPF: PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 094.280.554-25 Nome completo da vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO CPF: 094.280.554-25
Profissão: AGRICULTORA Endereço: SITIO RAPADOR Número: S/N Complemento: _____
Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PB CEP: 58388-000
E-mail: omfreiaalmeidaadv@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99999-7360

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 00013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4553 ☐ CONTA: 0418 ☐ 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, ALAGOA GRANDE PB - 28/05/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geisy Kelly de Sousa Araújo
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Edilene Gomes Oliveira de Araújo
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV
CPF: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
2ª Nome: 28 MAIO 2019
CPF: PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ:17698753/0001-1 TEL: (83)3273-2240

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA – SAMU 192
ALAGOA GRANDE- PB**

Ato Declaratório

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que, o Sr. GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO foi atendido no dia 13/01/2019 pela Unidade de Suporte Básica de Vida deste serviço, vítima de queda de moto, o mesmo encontrava-se consciente, orientado apresentando SSVV preservado, sem capacete, sem sinais aparente de fratura, realizado protocolo de imobilização do SAMU sendo o mesmo encaminhado para o Hospital local de Alagoa Grande.



Alagoa Grande, 23 de janeiro de 2019.


Coordenador Samu
Ítalo Agra

ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192

BANCO DO BRASIL 001-9

Lemos & Moraes Ltda - ME - CNPJ

05.913.968/0001-22

2019

Agência/Código do Beneficiário:

460001113598

Documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02872.640004 01113.598179 5 78850000004990

Local de pagamento:

Qualquer agência bancária até o vencimento

Vencimento:

10/05/2019

Beneficiário:

LEMON & MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034

Agência/Código do Beneficiário:

2886-4 / 00010598-8

Data do documento:

22/10/2018

Número documento:

614201

Espécie Doc.:

DS

Aceite:

N

Data processamento:

22/10/2018

Número número:

28726400001113598

Uso do banco:

Carteira:

17

Espécie:

R\$

Quantidade:

Valor documento:

49,90

(*) Valor documento:

49,90

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

SR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA.

(-) Desconto/Abatimento:

(-) Outras Deduções:

(+/-) Mora/Multa:

(+/-) Outros Acréscimos:

(*) Valor Cobrado:

Pagador

Login: egos2

ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62

RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887

CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58368-000 - EM FRENTE AO TRIUNFO (ADVOGADOS E ASSOCIADOS)

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



BANCO DO BRASIL 001-9

Lemos & Moraes Ltda - ME - CNPJ

05.913.968/0001-22

2019

Agência/Código do Beneficiário:

460001113598

Documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

Valor do documento

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02872.640004 01113.598179 5 78850000004990

Local de pagamento:

Qualquer agência bancária até o vencimento

Vencimento:

10/05/2019

Beneficiário:

LEMO & MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034

Agência/Código do Beneficiário:

2886-4 / 00010598-8

Data do documento:

22/10/2018

Número documento:

614201

Espécie Doc.:

DS

Aceite:

N

Data processamento:

22/10/2018

Número número:

28726400001113598

Uso do banco:

Carteira:

17

Espécie:

R\$

Quantidade:

Valor documento:

49,90

(*) Valor documento:

49,90

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

SR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA.

(-) Desconto/Abatimento:

(-) Outras Deduções:

(+/-) Mora/Multa:

(+/-) Outros Acréscimos:

(*) Valor Cobrado:

Pagador

Login: egos2

ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62

RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887

CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58368-000 - EM FRENTE AO TRIUNFO (ADVOGADOS E ASSOCIADOS)

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do boleto.

Boleto para simples pagamento na conta fiscalizadora de energia elétrica Nº 025.450.589



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ANTONIA DA COSTA DE SOUZA
SIT RAPADOR S/N
ALAGOA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/716652-3

REFERENCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

24/05/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

31/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 19,85

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/06/2019

Pagador: ANTONIA DA COSTA DE SOUZA CNPJ/CPF: 020.351.854-32

SIT RAPADOR S/N - AREA RURAL - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001973021	000716652201905	31/05/2019	R\$ 19,85	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 095.810.724 / 62 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.280.554 / 25

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.280.554 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA CONEGO FIRMINO CAVALCANTE</u>	Número: <u>887</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>ALAGOA GRANDE</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____		CEP: <u>58388-000</u>
		Tel.(DDD): <u>83-99997.7360</u>

Local e Data: Alagoa Grande, 01 de maio de 2019

Edilana Gomes Onofre de Araújo
Assinatura do Declarante





UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma de CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital de Al Nova

NOME DO PACIENTE: Gersy Kelly de Sousa Araújo

PROCEDÊNCIA:

Encaminhado a pet. curar, 28 anos, devido TCE leve há cerca de 5 dias, devido acidente motociclístico. A mesma afirma que estava si consciente e não lembra do acidente. Vem relatando el vômitos, náuseas e epistaxe desde então.

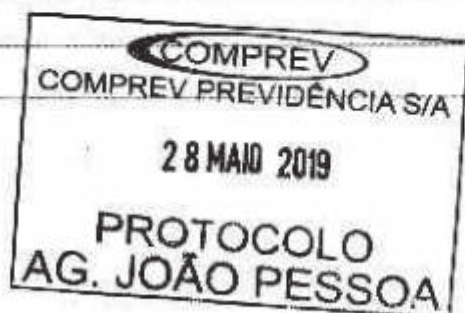
Ex físico: pulso, Tórax e abdome si alterados.

ECG 15, pupilas isocólicas e foto-argenteas.

cd. unemando el avaliação de Nefr.

HD: TCE leve.

Att



ALAGORA GRANDE (PB): 17/01/19

Dr. Daniela Cunha
RECIBO
CRA-PB-4432

MÉDICO

Ficha de Acolhimento

Nome:	Geiny Kelly de Souza Araújo		
End:	Sítio Rapadoz		
	Bairro:	Z. Rural	
Data de Nascimento:	28.05.1990	Documento de Identificação:	Magda Brande, 3
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.:	17.01.19
		Hora:	19:14
		Documento:	
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	() Normocorada	() Pálida	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 11C

Assinatura e carimbo do profissional

Diagnóstico e tratamento

Exame

Condição: Ovariocele
2. Data da cirurgia
3. Data da cirurgia no
Clínica Geral

17/01/11
1. Data da cirurgia

Atividade Intensiva

2. Data da cirurgia

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____ hs.

() Centro cirúrgico ____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) ____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL ____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Gay Kelly Gausa
SÉRIE _____ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
ESTEVÉ INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 506 NO CID, DURANTE
O PERÍODO DE 17 / 01 / 19 A 20 / 01 / 19 NECESSITANDO DE
15 (quinze) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 20 / 01 / 19

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Médico ou Responsável

NOME:	G	S	Y	R	E	L	L	Y	D	S	O	U	S	A	P.
IDADE:															
SEXO:	M	F													
COR:	B	P	A												
PESO:															
ALTURA:															
CLÍNICA:															
ENF:															
LEITO															

DADOS CLÍNICOS:

Político

RAIO X
REALIZADO EM:
17/01/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO-X DE TÓRAX AP VENTRAL
RAIO-X DE BACULUS AP

-RAIO-X DE JOELHO D MCDONALD

URGÊNCIA: ☐

DATA: 17/01/19

ROTINA: ☐

HORA DA SOLICITAÇÃO: 15:00

Dr. Arthur G. Galvão
CRM: 25449

Data da internação: 17/01/2019 Hora: 17:04:13

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1815226

7 - CARTÃO DO SUS

704707015835240

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/05/1990

9 - SEXO

MASC ☒

FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO

11 - TELEFONE DO CONSULTÓRIO

83

993703308

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SÍTIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alagoa Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

250030

15 - UF

PB

16 - CEP

58388000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de moto e charrutagem
extraordinária.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão de estômago

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ex de urina e de fezes

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

21 - CID 10 PRINCIPAL

S06.0

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NICE

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016287948286

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/01/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COG. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data: 18/01/2019
 Horas: 11:14:13
 Médico (a) Diarista: Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino



GOVERNO
DA PARAÍBA

OK
OK

7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1815226 Paciente: GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO Idade: 028

Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO Data de Nascimento: 28/05/1990 Sexo: F

Clinica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 8 Diagnóstico:

2-3

DIA 18/01/2019

MÉDICO(A): Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA VIA ORAL	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	18 24 06
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 24 06
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	18 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h)	06
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	
8	FENTONIA SÓDICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18 24 06
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT < 70MG/DL	
10	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSÁRIO SE PA > 180X110MMHG	
11	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 4h/4h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	18 (145) 06 (142)

ver

ver

sem end

D. inf

front

End: upm

Saul C. M. Quinino
 CRM-PB 8737
 Neuropsiquiatra
 CPF: 026.930.194-40

País: ☒ Dorado ☐ Guadalupe ☐ Claret ☐ Sudamérica ☐ País ☐ Europa
 Tempo de atendimento: ☐ 15 minutos ☐ 30 minutos ☐ 45 minutos ☐ 1 hora
 Drogas administradas: ☐ Sim ☐ Não
 Anestesia utilizada: ☐ Sim ☐ Não
 Causa da morte: ☐ Infarto ☐ Hemorragia ☐ Embolia ☐ Trombose ☐ Infecção ☐ Outras
 Edema: ☐ Não ☐ Sim
 ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO (INTESTINAL E URINÁRIA)
 Tipo sonético: ☒ Normal ☐ Emagrecido ☐ Sacudido ☐ Obeso
 Defecação: ☐ Completa ☐ Incompleta ☐ Prótese
 Alimentação: ☒ IV ☐ Oral ☐ Sonda ☐ Jejum ☐ Dieta ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação cutânea: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação gástrica: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação intestinal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação urinária: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação fecal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação biliar: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação renal: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ Sonda ☐ Sonda ☐ Sonda
 Eliminação pulmonar: <



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: *Carly Kelly de Jesus Lima*

DN:

PRONT. Nº:

RESIDÊNCIA:

PROCEDÊNCIA:

MISSÃO: *15/01/19*

ALTA: *20/02/19*

Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Diagnóstico de pneumonia

Tratamento realizado

Resultado dos principais exames

Exames realizados: hemograma, coagulograma, função renal, função hepática, cultura de urina, cultura de secreção respiratória.

Evolução e complicações

Evolution satisfatória

Terapia realizada

Tratamento realizado com antibióticos e suporte sintomático.

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

Bom

Recomendações médicas para pacientes / egresso

Retorno ao médico para acompanhamento.

Condições de alta

Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

Transferido para:

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: *Geisy Kelly de Sousa Araújo*

DN:

PRONT. Nº:

Idade: *37/03/19*

PROCEDÊNCIA:

ISSÃO: *17/03/19*

ALTA: *20/03/19*

Ativo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Tratado de trauma de tórax

⊕ Expiratório. D. respiratório

Resultado dos principais exames

Exatidão: pequena Hb. Turbidez. ⊕

Evolução e complicações

Em evolução.

Terapêutica realizada

comprimido. Traqueostomia. aspirando e/ou lavado

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Tes

Indicações médicas para pacientes / egresso

Ortopedia e/ou neurologia

Indicações de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

20/03/19

af. par

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 3459667 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/06

KELLY DE SOUSA ARAÚJO

Gláucia Paes de Araújo
Mãe: **Marlene de Sousa Araújo**

Alagoas Grande-PE. 28-03-1990

Cert. Matr. N° 20.856:fls. 146:liv. 221
Cart. da Alagoas Grande-PE.

CPF: *[assinatura]*
Jôão Pessoa - PE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 11.107 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

KELLY DE SOUSA ARAÚJO

[fotografia]

[impressão digital]

[assinatura]

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

094.280.554-25

KELLY DE SOUSA ARAÚJO

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **094.280.554-25**

Nome: **GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

Data de Nascimento: **28/05/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/03/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:02:07** do dia **28/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **CFEC.B53E.B877.D551**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190349697 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 12

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180306/19

Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

CPF: 094.280.554-25

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/01/2019

Titular do CPF: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO : 095.810.724-62

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO : 094.280.554-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO
CPF: 095.810.724-62

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180306/19

Número do Sinistro: 3190349697

Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

CPF: 094.280.554-25

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO : 094.280.554-25

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO
CPF: 095.810.724-62

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA