



Número: **0800240-68.2020.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado                    |
|---|--|
| <b>GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO (AUTOR)</b>                        | <b>EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b> |  |

**Documentos**

| Id.       | Data da Assinatura | Documento   | Tipo                       |
|-----------|--------------------|---|----------------------------|
| 27860 623 | 31/01/2020 10:53   | <a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>  | Petição Inicial            |
| 27860 641 | 31/01/2020 10:53   | <a href="#"><u>(01) PETICAO INCIAL - GEISY KELLY X SEGURADORA LIDER</u></a>   | Documento de Comprovação   |
| 27860 643 | 31/01/2020 10:53   | <a href="#"><u>(02) PROCURACAO - GEISY X DPVAT</u></a>                        | Procuração                 |
| 27860 645 | 31/01/2020 10:53   | <a href="#"><u>(03) DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO - DEISY X DPVAT</u></a>        | Documento de Identificação |
| 27860 647 | 31/01/2020 10:53   | <a href="#"><u>(04) COPIA INTEGRAL DO PROCESSO ADMINISTRATIVO - DPVAT</u></a> | Documento de Comprovação   |
| 27861 249 | 31/01/2020 10:53   | <a href="#"><u>(05) BOLETIM DE OCORRENCIA - GEISY X DPVAT</u></a>             | Documento de Comprovação   |
| 27861 250 | 31/01/2020 10:53   | <a href="#"><u>(06.0) DOCUMENTOS MEDICOS - GEISY X DPVAT</u></a>              | Documento de Comprovação   |
| 27861 279 | 31/01/2020 10:53   | <a href="#"><u>(06.1) DOCUMENTOS MEDICOS - GEISY X DPVAT</u></a>              | Documento de Comprovação   |
| 27979 366 | 05/02/2020 10:06   | <a href="#"><u>Despacho</u></a>   | Despacho                   |
| 28554 340 | 26/02/2020 15:21   | <a href="#"><u>Expediente</u></a>   | Expediente                 |

**SEGUE PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.**



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533259400000026875670>  
Número do documento: 20013110533259400000026875670

Num. 27860623 - Pág. 1



AO JUÍZO DA VARA ÚNICA  
DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE - PB.

**GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**, brasileira, solteira, inscrita no CPF de sob o nº 094.280.554-25, residente e domiciliada no Sítio Rapador, S/N, Zona Rural, Alagoa Grande - PB, CEP: 58.388-000, com o endereço eletrônico: não possui, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, por meio de sua procuradora infra-assinada, conforme procuração em anexo, propor a presente...

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)  
EM VIRTUDE DE INVALIDEZ**

...em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, personalidade jurídica, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, que deverá ser notificado na pessoa de seu representante legal, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, alicerçado nos seguintes fundamentos de fato e jurídicos que passa a expor:

📞 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB  
R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 1



### **DA JUSTIÇA GRATUITA**

Inicialmente, a **PROMOVENTE** requer a Vossa Excelência que lhe seja concedido os benefícios da justiça gratuita na conformidade do artigo 5º da Constituição Federal, art. 16 da Lei 1.060/50 e do art. 1º da Lei 7.115/83, vez que, não dispõe de recurso para custear a presente ação, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Douto Magistrado, a legislação ordinária assegura aos necessitados o direito de ser assistido em juízo, gratuitamente, por advogado de sua escolha, independentemente da existência de Defensoria Pública.

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência a concessão do **BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA**, de acordo com a Lei nº 1.060/50.

### **DA COMPETÊNCIA**

Na ação de cobrança do seguro DPVAT, em relação à competência territorial para a propositura da ação, é de faculdade das partes autoras escolherem entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu, conforme Súmula 540 do Superior Tribunal de Justiça:

**"Súmula 540-STJ: Na ação de cobrança do seguro DPVAT, constitui faculdade do autor escolher entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu."**

STJ. 3ª Seção. Aprovada em 10/06/2015, DJE 15/06/2015.

Ocorre que o domicílio da parte **PROMOVIDA** é na cidade do Rio de Janeiro, fato que inviabilizaria a presente ação, haja vista que a parte é hipossuficiente financeiramente e reside no Estado da Paraíba.

**Deste modo, a competência territorial para a propositura da presente ação é no domicílio do acidente, que é o foro de Alagoa Grande, na Paraíba.**

### **DA REALIDADE DOS FATOS**

A PROMOVENTE, **GEISY KELLY DE SOSUA ARAÚJO**, foi **VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**, no dia 13 de janeiro de 2019,

📞 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB

R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 2





por volta das 19h30m, quando estava na PB-079, em frente a rodoviária de Alagoa Grande - PB, pilotando sua motocicleta de marca Honda/POP 100, de Placa MOJ - 4276/PB, Cor Azul, Ano/Modelo 2008, Chassi 9C2HB02108R05407, e tendo como proprietária a sua genitora, **Sra. MARIA DOLORES DE SOUSA ARAÚJO**.

Ocorre que, no momento em que estava passando na lombada em frente a rodoviária do Município de Alagoa Grande - PB, um motoqueiro passou rapidamente próximo a PROMOVENTE, fazendo com que a mesma se assustasse e perdesse o controle da motocicleta, vindo a cair no chão.

Diante da queda, a **PROMOVENTE** bateu a cabeça no chão e ficou desorientada. Por tal motivo, foi socorrida por uma unidade do SAMU para o HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE - PB e, posteriormente, encaminhada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, conforme Boletim de Ocorrência em anexo:

#### BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019  
Ocorrência nº. 094/2019



Aos QUATOZE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:44min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

**GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**, conhecido(a) por **GEISY**, Identidade nº 3.459.667-SSPPB, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultora, filho(a) de Genildo Paes De Araújo E De Maria Dolores Sousa Araújo, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 28/05/1990 (28 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Rapadior, Zona Rural, tendo como ponto de referência: , na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 99370-3308.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **data do fato:** 13 de 01 de 2019;
- 3) **Horário do fato:** 19h:30min;
- 4) **Local do fato:** PB-079,em frente a rodoviária de Alagoa Grande/PB.

5) **Breve resumo do fato:**

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado ,estava conduzindo sua motocicleta HONDA POP 100, DE PLACA MOJ 4276/PB, CHASSI: 9C2HB02108R05407,DE COR AZUL ,ANO/MODELO 2008, registrada em nome de MARIA DOLORES DE SOUSA ARAÚJO,momento em que estava passando na lombada em frente a rodoviária deste município um motoqueiro ,passou rapidamente próximo a NOTICIANTE, fazendo com que a mesma se assustasse e perdesse o controle da motocicleta, vindo a cair no solo; Que com a queda a NOTICIANTE bateu a cabeça no chão e ficou desorientada; Que a NOTICIANTE foi socorrida por uma unidade do SAMU para o HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE; Que de acordo com a NOTICIANTE ao chegar no HOSPITAL a mesma foi medicada e ficou em observação até as 08hs:30min do dia seguinte(14/01/2019) e em seguida foi liberada para retornar para sua residência; Que a NOTICIANTE informa que desde que chegou em casa ,não ficou se sentindo bem ,e teve sangramentos pelo nariz e boca; Que no dia 17/01/2019 ,após continuar sentindo os mesmos sintomas a NOTICIANTE retornou para o HOSPITAL deste município ,onde foi atendida e encaminhada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES em Campina Grande; Que segundo a NOTICIANTE ao chegar no HOSPITAL DE TRAUMA a mesma passou por alguns exames ,onde constatou que a NOTICIANTE estava com uma leve lesão ,um edema e um coagulo no crânio, conforme consta em cópia em anexo; Que a NOTICIANTE também informa que ficou internada no HOSPITAL DE TRAUMA por três dias ,recebendo alta no dia 20/01/2019 .

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e **Paint X Lite**

📞 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB

R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 3

Dianete do acidente, a parte PROMOVENTE foi constatada com uma lesão, edema e coágulo no crânio, após a realização de todos procedimentos médicos com intuito de restabelecer a saúde da PROMOVENTE, contudo se constatou que sequelas persistentes, o qual resultou em invalidez permanente, por fim, sendo prejudicado de exercer atividades comuns do seu dia a dia, como, trabalhar e prover o sustento da sua família.

Acontece que a parte PROMOVENTE, ao dar entrada no processo administrativo junto à PROMOVIDA, foi comunicada que o seu requerimento foi indeferido, com o sinistro 3190349697.

Destarte, a parte autora tem direito ao recebimento do Seguro DPVAT, tendo em vista, que a redução funcional de suas atividades laborativas, o que corresponde ao valor do teto correspondente a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, segundo relatórios médicos acostado em anexo.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: **Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre**. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei no 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda que seus responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

No caso em tela a PROMOVENTE recebeu nada, vindo bater as portas do judiciário para requerer o montante que

WhatsApp (83) 99997.7360

E-mail contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB

R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 4

a lei lhe assegura, que é a quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), com os respectivos acréscimos legais de correção monetária pelo INPC desde a data do fato e 1% de juros moratórios a partir do fato.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

### **DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

#### **I - DO DIREITO A INDENIZAÇÃO - DO SEGURO DPVAT**

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11.482/2007 (art. 8º), o Autor faz jus à indenização financeira pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em anexo, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, in verbis:

**Art. 3º** Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

**"I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;**  
**II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;**  
**III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas."** **Grifo nosso**

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por

 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB

R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 5





veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável.

A invalidez é considerada permanentemente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. A parte **PROMOVENTE**, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Nesse aspecto, cabe trazer à colação posicionamento unânime dos nossos tribunais:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - ACIDENTE DE TRÂNSITO - DEBILIDADE PERMANENTE - PROCEDÊNCIA PARCIAL - IRRESIGNAÇÃO - PRELIMINAR DE AUSÊNCIA DE INTERESSE - REJEIÇÃO - MÉRITO - APLICAÇÃO DO PERCENTUAL DEFINIDO NA TABELA - LEI 6.194/74 - MANUTENÇÃO - DESPROVIMENTO. - **Em situações de invalidez parcial, é correta a utilização de tabela para redução proporcional da indenização a ser paga por seguro DPVAT.** Interpretação do art. 3º, "b", da lei 6.194/74. VISTOS, RELATADOS E DISCUTIDOS os presentes autos acima relatados. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00006362520168150191, 3ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. SAULO HENRIQUES DE SÁ BENEVIDES, j. em 24-04-2018). **Grifo nosso**

E ainda:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR PAGO NA ESFERA ADMINISTRATIVA - QUANTIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ - TERMO INICIAL DA CORREÇÃO MONETÁRIA - DATA DO EVENTO DANOSO. "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez." (Súmula 474, do STJ). O termo inicial da correção monetária dos valores decorrentes do DPVAT é a data do evento danoso. Precedentes do STJ.

📞 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB

R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 6



(TJ-MG - AC: 10143150006201001 MG, Relator: Viega de Oliveira, Data de Julgamento: 11/03/2016, Câmaras Cíveis/ 10ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 15/04/2016). **Grifo nosso**

Além do mais:

**"APELAÇÃO CÍVEL - COMPLEMENTAÇÃO SEGURO DPVAT - INVALIDEZ PERMANENTE - PAGAMENTO PARCIAL - SINISTRO OCORRIDO EM DATA ANTERIOR À VIGÊNCIA DA LEI 11.482/07 - VALOR DA INDENIZAÇÃO TOTAL EM QUARENTA SALÁRIOS MÍNIMOS VIGENTES À DATA DO PAGAMENTO PARCIAL - INVALIDEZ PERMANENTE RECONHECIDA PELA SEGURADORA COM O PAGAMENTO PARCIAL ADMINISTRATIVO - QUITAÇÃO DADA NÃO IMPEDE A COBRANÇA DA COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO - INCIDÊNCIA DE JUROS DE MORA A CONTAR DA CITAÇÃO E CORREÇÃO MONETÁRIA A PARTIR DA DATA DO PAGAMENTO PARCIAL - CONDENAÇÃO A CUSTAS E HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS - RECURSO PROVIDO. (TJ-PR - AC: 6377491 PR 0637749-1, Relator: João Domingos Kuster Puppi, Data de Julgamento: 04/02/2010, 8ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ: 346)". Grifo nosso**

As provas colecionadas pelo requerente retratam a debilidade a que ficou restrita à **PROMOVENTE**. Destarte, segundo a determinação legal, será devido o pagamento da indenização mediante a **simples** ocorrência do acidente e da extensão do **dano** por ele provado.

## **II - DOS JUROS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

A responsabilidade decorrente da indenização do DPVAT é de origem contratual, havendo que incidir a correção monetária desde o fato e os juros a partir da citação da **PROMOVIDA**, segundo entendimento do Superior Tribunal de Justiça perante a Súmula 426.

Nesse sentido, colhe-se algumas decisões dos nossos Tribunais Pátrios:

**APELAÇÃO - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - JUROS DE MORA - TERMO INICIAL - RECURSO REPETITIVO - SÚMULA DO STJ - PARCIAL REFORMA. 1 - Juros de mora - termo inicial da data da citação, inteligência do artigo 405, do Código Civil, com amparo em recurso repetitivo e na Súmula 426, do STJ; RECURSO PROVIDO EM PARTE. (TJ-SP 11213630620158260100 SP 1121363-06.2015.8.26.0100, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, Data de Julgamento:**

 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB  
R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 7



28/02/2018, 30<sup>a</sup> Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 07/03/2018). **Grifo nosso**

APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO. **CORREÇÃO MONETÁRIA INCIDÊNCIA A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE.** PRECEDENTE DO C. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. A correção deve incidir da data do acidente, pois com esse critério fica mantido o poder aquisitivo da moeda, evitando-se assim sua depreciação. Sem a devida correção, há evidente prejuízo ao autor, o que não se pode admitir. (TJ-SP - APL: 10004580620148260100 SP 100045806.2014.8.26.0100, Relator: Adilson de Araujo, Data de Julgamento: 01/03/2016, 31<sup>a</sup> Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 01/03/2016)" **Grifo nosso**

"EMBARGOS DE DECLARAÇÃO - OMISSÃO- ACOLHIMENTO DO RECURSO- DPVAT- **JUROS DE MORA- CORREÇÃO MONETÁRIA.** - Os embargos declaratórios têm por escopo aclarar obscuridade, harmonizar pontos contraditórios ou suprir omissões. Havendo omissão no acórdão, o recurso deve ser acolhido. - Os juros de mora, na indenização por danos morais quando há relação contratual entre as partes, tem como termo inicial a data da citação. - A correção monetária deve incidir a partir da publicação da decisão que arbitrou o valor dos danos morais. (TJ-MG - ED: 10241130042443002 MG, Relator: Tiago Pinto, Data de Julgamento: 07/07/2016, Câmaras Cíveis / 15<sup>a</sup> CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 15/07/2016). **Grifo nosso**

### **III - DA PERÍCIA**

O sistema processual brasileiro, ao definir que a cada parte cabe provar o que alegou, adotou a Teoria Clássica que possui uma concepção estática do ônus da prova. Isto é, a distribuição do ônus, segundo o Código de Processo Civil, define-se abstrativamente, considerando-se apenas as hipóteses legais, sem sofrer qualquer influência ou interferência da situação posta em juízo.

Observa-se, portanto, que o Código de Processo Civil não conferiu mutabilidade ao ônus da prova de modo que as particularidades da causa pudessem, em determinadas hipóteses, alterar a regra comum de distribuição de ônus da prova.

 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB  
R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 8



Ao ignorar as particularidades da causa, demonstrou-se em desarmonia com o modelo constitucional do direito processual civil, pautado no direito fundamental de acesso à justiça, que exige uma leitura do processo, de seus procedimentos e de suas técnicas, consoante as particularidades de cada causa.

Por conta disso, tem-se destacado e ganhado espaço na doutrina nacional a Teoria da Distribuição Dinâmica do Ônus da Prova, que indica um modelo de distribuição pautado na dinâmica da própria relação jurídica processual em análise, podendo-se a ela se ajustar, com o fim de melhor atender às especificidades da causa em concreto.

Assim, seguindo a Teoria da Distribuição Dinâmica do Ônus da Prova, este ônus não decorre de uma simples definição em abstrato do legislador, ele deve ser desempenhado pela parte que, conforme as particularidades do caso em concreto possuem as melhores condições de provar os fatos.

Por meio dessa teoria, a análise a respeito de quem tem o ônus de produzir a prova fica a cargo do magistrado, enquanto gestor da prestação jurisdicional. Nas palavras de Humberto Theodoro:

“Fala-se em distribuição dinâmica do ônus probatório, por meio da qual seria, no caso concreto, conforme a evolução do processo, atribuído pelo juiz o encargo de prova à parte que detivesse conhecimentos técnicos ou informações específicas sobre os fatos discutidos na causa, ou, simplesmente, tivesse maior facilidade na sua demonstração. É necessário, todavia, que os elementos já disponíveis no processo tornem verossímil a versão afirmada por um dos contendores e defina também a nova responsabilidade pela respectiva produção.” (Curso de Direito Processual Civil: teoria geral do direito processual civil e processo de conhecimento. 48. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008).

Nesse sentido o julgado do Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba:

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. DECISÃO QUE DETERMINOU À SEGURADORA RÉ QUE EFETUASSE O PAGAMENTO DOS HONORÁRIOS DO PERITO. REQUERIMENTO DE PERÍCIA FEITO POR AMBAS AS PARTES. DETERMINAÇÃO FEITA PELO JUÍZO. ÔNUS DO AUTOR. APLICAÇÃO DO ART. 33, DO CPC. PROVIMENTO. Cada parte pagará a remuneração do assistente técnico que houver indicado; a do perito será paga pela parte que houver



requerido o exame, ou pelo autor, quando requerido por ambas as partes ou determinado de ofício pelo juiz, CPC, ART. 33. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00009924520158150000, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES ROMERO MARCELO DA FONSECA OLIVEIRA , j. em 12-04-2016). **Grifo nosso**

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO. **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT. EXAME PERICIAL REQUERIDO POR AMBAS AS PARTES. INCIDÊNCIA DO ART. 33 DO CPC. OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO PELO AUTOR. BENEFICIÁRIO DA JUSTIÇA GRATUITA. PERÍCIA A SER CUSTEADA PELO ESTADO, NA FORMA DA RESOLUÇÃO N° 13/2013 DO TJ-PB.** DECISÃO EM CONFRONTO COM JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA E DESTA CORTE. RECURSO PROVIDO NOS TERMOS DO ART. 557, § 1º-A, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. -Art. 1º Ficam instituídos os serviços de perito, tradutores e intérpretes custeados com recurso do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba destinados a atender às partes beneficiárias pela gratuidade processual nos feitos de jurisdição estadual.-(art. 1º da Resolução n.º 03/2013 do TJ/PB). -Tendo em vista que o perito nomeado não é obrigado a realizar o seu trabalho gratuitamente, incumbe ao magistrado requisitar ao Estado, a quem foi conferido o dever constitucional de prestar assistência judiciária aos hipossuficientes, o ônus de promover a realização da prova técnica, por meio de profissional de estabelecimento oficial especializado ou de repartição administrativa do ente público responsável pelo custeio da produção da prova, o que deve ocorrer em colaboração com o Poder Judiciário.-(STJ, Resp 1245684/MG, Rel. Min. Benedito Gonçalves, julgado em 13/09/2011). (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 20126186120148150000, - Não possui -, Relator DES ROMERO MARCELO DA FONSECA OLIVEIRA , j. em 22-10-2014). **Grifo nosso**

Diante da debilidade permanente do promovente e de todos os fatos alegados, é de suma importância que se faça perícia no mesmo para que não reste qualquer embaraço sobre o direito pleiteado, e assim seja também por este meio comprovado o demonstrado.

#### **IV - DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

A inversão do ônus da prova nos litígios que tratam sobre relações em que o promovente é vista como hipossuficiente na relação.

Em regra, o ônus da prova incumbe a quem alega o fato gerador do direito mencionado ou a quem o nega fazendo nascer um fato modificativo, mas observando o Código de

 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB

R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 10



Defesa do Consumidor, representando uma atualização do direito vigente e procurando amenizar a diferença de forças existentes entre polos processuais onde se tem num ponto, o consumidor, como figura vulnerável e noutro, o fornecedor, como detentor dos meios de prova que são muitas vezes buscados pelo primeiro, e às quais este não possui acesso, adotou teoria moderna onde se admite a inversão do ônus da prova justamente em face desta problemática.

Segundo o eminentíssimo jurista Nelson Nery, a previsão do ônus da inversão da prova subsume-se ao princípio constitucional da isonomia, na medida em que trata desigualmente os desiguais; É mister observar que, referida inversão pode dar-se em qualquer ação ajuizada, desse modo que somente a prova efetiva dos serviços prestados é capaz de afastar sua culpabilidade, cujo ônus incumbe ao réu, tendo em vista constituir fato impeditivo, modificativo ou extintivo de direito do autor, previsto no artigo 373, inciso II do NCPC.

Diante exposto com os fundamentos acima pautados, requer o promovente a inversão do ônus da prova, incumbindo a **PROMOVIDA** à demonstração de todas as provas referente ao pedido desta peça.

#### **DOS PEDIDOS E REQUERIMENTOS**

**ISTO POSTO**, requer a Vossa Excelência:

**I)** Conceda à **PROMOVENTE** os **benefícios da gratuidade da justiça**, vez que incapaz de custear as despesas do presente processo sem prejuízo próprio e de sua família, tudo na forma da Lei nº 1.060/50;

**II)** A Citação e Intimação da Ré, no endereço preambular, para a audiência de conciliação ou de mediação na forma do art. 334, do CPC; querendo, contestar a presente, sob pena de confissão e revelia;

**III)** Que seja **INVERTIDO O ÔNUS DA PROVA EM FAVOR DA PROMOVENTE** por estarem presentes os seus requisitos autorizadores, conforme o art. 373, II do NCPC;





**IV) NO MÉRITO, REQUER-SE A PROCÊNCIA TOTAL DOS SEGUINTESE  
PEDIDOS:**

**IV. a) REQUER QUE A PRESENTE AÇÃO SEJA JULGADA TOTALMENTE PROCEDENTE, CONDENAR A REQUERIDA AO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO EM EPÍGRAFE, FUNDANDO NO PAGAMENTO R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS), COM OS RESPECTIVOS ACRÉSCIMOS LEGAIS DE CORREÇÃO MONETÁRIA PELO INPC DESDE A DATA DO FATO E 1% DE JUROS MORATÓRIO A PARTIR DA CITAÇÃO;**

**IV. b) ALÉM DISSO, A PARTE PROMOVENTE REQUER A PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL PARA A APURAÇÃO DA DEBILIDADE DO AUTOR, HAJA VISTA A CERTEZA DA INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE OU TOTAL PERMANENTE;**

**V) A condenação no pagamento de honorários advocatícios na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor total da condenação, nos termos do art. 20, §5º do Código de Processo Civil;**

**VI) E, ainda, a condenação da promovida no pagamento das custas processuais que a demanda por ventura ocasionar, bem como, provas que se fizerem necessárias, conforme arbitrado por este D. Juízo;**

**VII) Protesta e provará o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos;**

**VIII) Por derradeiro, requer que todas as intimações alusivas ao presente feito sejam feitas **exclusivamente** em nome da advogada **EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO, OAB/PB nº 25.159, sob pena de nulidade;****

**DO VALOR DA CAUSA**

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, para efeitos jurídicos e fiscais.

Nestes termos,  
pede **DEFERIMENTO**.

📞 (83) 99997.7360

✉ contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB  
R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB

Pág. 12





João Pessoa/PB, 30 de janeiro de 2020.

**EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO**

OAB/PB 25.159

**JUAN CARLOS DE ALMEIDA SILVA**

OAB/PB 25.676

Pág. 13

WhatsApp (83) 99997.7360

E-mail contato@onofrealmeida.adv.br

R. Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa/PB  
R. Siqueira Campos, S/N, Sala 08 - 1º andar, Centro, Alagoa Grande/PB



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533277200000026876438>  
Número do documento: 20013110533277200000026876438

Num. 27860641 - Pág. 13



ONOFRE & ALMEIDA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 MAIO 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**OUTORGANTE: GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 094.280.554-25, residente no Sítio Rapador, S/N, Zona Rural, Alagoa Grande – PB, CEP: 58.388-000.

**OUTORGADOS: JUAN CARLOS DE ALMEIDA SILVA**, brasileiro, advogado, regularmente inscrito no OAB/PB 25.676, e **EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO**, brasileira, advogada, regularmente inscrita na OAB/PB 25.159, ambos com endereço profissional na Rua Siqueira Campos, S/N, Sala 08 – 1º andar, Centro, Alagoa Grande – PB, CEP 58388-000.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS, amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com as cláusulas *ad judicia et extra* e *ad negotia*, nomeando como procuradores e advogados, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, fazendo acompanhamento até final decisão. Ofertando ainda os poderes especiais para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do seguro obrigatório – DPVAT, bem como, para o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito a GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO, ocorrido em ...../...../....., conforme registrado pelo BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em anexo ao processo. Processo de Natureza:

Invalidez. Podendo os procuradores representar a outorgante como se a própria fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim receber intimações, notificações, confessar, transigir, discordar, concordar, recorrer, firmar acordos, e tudo o mais que se fizer necessário ao fiel desempenho do mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Alagoa Grande – PB, 01 de maio de 2019.

Geisy Shelly de Souza Araujo  
**Outorgante**

Rua Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaira, João Pessoa – PB.  
Rua Siqueira Campos, S/N, Sala 08 – 1º andar, Centro, Alagoa Grande – PB.

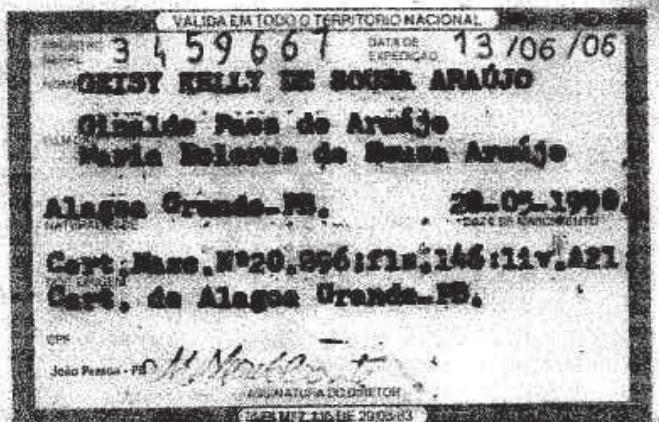
E-mail: [contato@lavoro.com.br](mailto:contato@lavoro.com.br) | Fone: (83) 99997-7360 | 98847-7194

Fone: (85) 999997-7380 | 98847-7194  
Email: onofreealmeidaadv@gmail.com

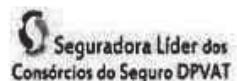


ESTABLOMINTOS: Monello de la Pineda, Edificio de Oficinas de la Pineda, 105, Ctra. M-110, km. 0,500, 28040 Madrid, teléfono 91 520 00 00, fax 91 520 00 01, correo electrónico: [monello@monello.es](mailto:monello@monello.es), web: [www.monello.es](http://www.monello.es)





## 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

### 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

3190349697

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019  
Ocorrência nº. 094/2019

Aos QUATOZE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARIA SOLIDADE DE SOUSA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:44min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**, conhecido(a) por **GEISY**, Identidade nº 3.459.667-SSPPB, CPF nº \_\_\_\_\_, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultora, filho(a) de Genildo Paes De Araújo E De Maria Doloresde Sousa Araújo, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 28/05/1990 (28 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Rapador, Zona Rural, tendo como ponto de referência: \_\_\_\_\_, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 99370-3308.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **data do fato:** 13 de 01 de 2019;
- 3) **Horário do fato:** 19h:30min;
- 4) **Local do fato:** PB-079 ,em frente a rodoviária de Alagoa Grande/PB.

5) **Breve resumo do fato:**

Que a NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado ,estava conduzindo sua motocicleta HONDA POP 100, DE PLACA MOJ 4276/PB, CHASSI: 9C2HB02108R054407,DE COR AZUL ,ANO/MODELO 2008, registrada em nome de MARIA DOLORES DE SOUSA ARAÚJO,momento em que estava passando na lombada em frente a rodoviária deste município ,um motoqueiro ,passou rapidamente próximo a NOTICIANTE, fazendo com que a mesma se assustasse e perdesse o controle da motocicleta ,vindo a cair ao solo; Que com a queda a NOTICIANTE bateu a cabeça no chão e ficou desorientada; Que a NOTICIANTE foi socorrida por uma unidade do SAMU para o HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE; Que de acordo com a NOTICIANTE ao chegar no HOSPITAL ,a mesma foi medicada e ficou em observação até as 08hs:30min do dia seguinte(14/01/2019) e em seguida foi liberada para retornar para sua residência; Que a NOTICIANTE informa que desde que chegou em casa ,não ficou se sentindo bem ,e teve sangramentos pelo nariz e boca; Que no dia 17/01/2019 ,após continuar sentindo os mesmos sintomas a NOTICIANTE retornou para o HOSPITAL deste município ,onde foi atendida e encaminhada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES em Campina Grande; Que segundo a NOTICIANTE ao chegar no HOSPITAL DE TRAUMA a mesma passou por alguns exames ,onde constatou que a NOTICIANTE estava com uma leve lesão ,um edema e um coágulo no crânio, conforme consta em cópia em anexo; Que a NOTICIANTE também informa que ficou internada no HOSPITAL DE TRAUMA por três dias ,recebendo alta no dia 20/01/2019. .

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.





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  
Italo Agra

ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma da CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital da Al. Nova

NOME DO PACIENTE: Crysly Kelly de Souza Araújo

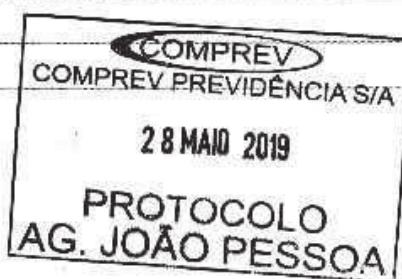
PROCEDÊNCIA:

Enviamento a pet. paciente, 28 anos, diabó. TCE lige. hér. cines de 5 dias, diabó. acidente matocicístico. A mesma apura que estava 31 dias sem a nôz. embre do acidente. Vem melunado cl. espôsas, náuseas e ipistaxe e desidr. ext.

Exame: press. tóxica e abdome d. alterado  
ECG 15, pupilas isocâmicas e fotonegativas  
col. urinário d. avaliação de uvr.

HO: TCE lige.

Até



ALAGÔA GRANDE (PB): 17101119

Dr. Daniela Cunha  
PROD. 17101119  
PROV. PB/14732

MÉDICO





## Ficha de Acolhimento

Nome: Geicy Kelly de Souza Araujo Bairro: Peruíba  
End: Sítio Rapadão Documento de Identificação: Alagoa Grande, 33  
Data de Nascimento: 28-05-1990 Hora: 11:19 Documento:  
Queixa: At. mole Data do Atend: 17-01-19  
Acidente de trabalho?  Sim  Não

## Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente

Frequência respiratória: \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_

Pressão arterial: \_\_\_\_\_

Dosagem de HGT: \_\_\_\_\_

Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca

Temperatura axilar: \_\_\_\_\_

Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

Estratificação

MOD. 146

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

Amarelo - atendimento até 1 hora  
Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional









**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
**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): *Edilana Gomes Onofre de Araujo*  
SÉRIE \_\_\_\_\_ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_  
ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: *506* NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE *17/01/2020* A *20/01/2020* NECESSITANDO DE  
*15 (quinze)* DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
CAMPINA GRANDE *20/01/2020*

*Ass. do Médico - Nº. do CRM*

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.  
*Edilana Gomes Onofre de Araujo*  
Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080



|        |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| NAME:  | 65  | 5  | 4 | 6 | 6 | Y | D | S | O | U | A | P. |
| IDADE: | SEXO  | COR:   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|        | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

DADOS CLÍNICOS:

Poltão

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio-X De Tórax Ap Crânio  
Raio-X De Rinite AP

|           |                          |                      |  |
|-----------|--------------------------|----------------------|--|
| URGÊNCIA: | <input type="checkbox"/> | ROTINA:              | <input type="checkbox"/>                 |
| DATA:     | 16/01/20                 | HORA DA SOLICITAÇÃO: | José Antônio G. Valente<br>CREMESP 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<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>                 |  |   |                                      | 2 - CNES<br><b>2362856</b>   |                        |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>                  |  |   |                                      | 4 - CNES<br><b>2362856</b>   |                        |  |
| Identificação do Paciente  |  |   |                                      |  |                        |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><b>GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO</b>  |  |   |                                      | 6 - N° DO PRONTUÁRIO<br><b>1815226</b>   |                        |  |
| 7 - CARTÃO DO SUS<br><b>704707015835240</b>  |  |   |                                      | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>28/05/1990</b>  |                        |  |
| 9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO</b>   |  |   |                                      | 10 - SEXO<br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |                        |  |
| 11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)<br><b>SITIO RAPADOR , 0 , ZONA RURAL</b>   |  |   |                                      | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>DEA 83 N° DE TELEFONE 993703308                                  |                        |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><b>Alagoa Grande</b>   |  |   |                                      | 14 - CÓDIGO MUNICÍPIO-15 - UF<br><b>250030 PB 58388000</b>                                   |                        |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><br><i>Acidente de trânsito com hemorragia extradermal.</i>                    |  |   |                                      |  |                        |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><br><i>Passo de ônibus</i>   |  |   |                                      |  |                        |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><br><i>ex de mama liga fibrosa</i>    |  |   |                                      |  |                        |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><b>TCE</b>   |  |   | 21 - CID 10 PRINCIPAL<br><b>S060</b> |  | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS  |  |   |                                      |  |                        |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><br><i>Intervenção</i>  |  |   |                                      |  |                        |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  |  |   |                                      |  |                        |  |
| 26 - CLÍNICA<br><b>NICE</b>  |  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><b>02</b> |                                      | 28 - DOCUMENTO<br>(X) CNS ( ) CPF  |                        |  |
| 29 - N° DO DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>980016287948286</b>                               |  |   |                                      |  |                        |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO</b>                                       |  |   |                                      |  |                        |  |
| 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO-32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><b>17/01/2019</b>                         |  |   |                                      |  |                        |  |
| 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 - CBO   |  |   |                                      |  |                        |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |  |   |                                      |  |                        |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |  |   |                                      |  |                        |  |
| 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR  |  |   |                                      |  |                        |  |
| 45 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF  |  |   |                                      |  |                        |  |
| 46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR   |  |   |                                      |  |                        |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO   |  |   |                                      |  |                        |  |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)   |  |   |                                      |  |                        |  |
| 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |   |                                      |  |                        |  |



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





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

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**DADOS DO PACIENTE:**

Nº de encontro: 1815226 Paciente: GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO Idade: 028

DATA DE NASCIMENTO: 28/05/1990 SEXO: F

Clinica: AMARELA | Escritorio: 1 | Leito: 8 | Diagnóstico:

2-3

2-3

DIA 18/01/2019

DATA: 18/01/2019  
MÉDICO(A): Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino /

| Item | Prescrição   | Aprazamento |
|------|--|-------------|
| 1    | DIETA VIA ORAL   |             |
| 2    | SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML E.V. 6h/6h                                 |             |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h                     |             |
| 4    | CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h                              |             |
|      | Diluir em 150 SF   |             |
| 5    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO |             |
|      | SE VOMITOS   |             |
| 6    | OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)                  |             |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO  |             |
|      | SE DOR REFRAATORIA   |             |
| 8    | FENTOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h                      |             |
| 9    | GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO                  |             |
|      | SE HGT<70MG/DL   |             |
| 10   | CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO                        |             |
|      | SE PA>180X110MMHG  |             |
| 11   | DECUBITO ELEVADO   |             |
|      | DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS  |             |
| 12   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais  |             |
| 13   | GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 4h/4h                                      |             |
|      | CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO  |             |

۱۰۰

۲۷۸

See over on 15

D. *whif*

Aug 27

End - up

CPF: 026.936.941-10  
Nº de inscrição: 5237  
CRM-SP: 5237  
Data de emissão: 05/05/2011

As  
htt

Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533328000000026876444>  
Número do documento: 2001311053332800000026876444

Núm. 27860647 - Pág. 12





## RESUMO DE ALTA (REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Mr. G. Kelly vs. G. M. S. 1907-2  
TURALIDADE: C.

DN:

PRONT. N°:

**PROCEDÊNCIA:**

ALTA.

Totivo da hospitalização (dados positivos da escampeça / exame II)

Digitized by Google

#### Resultado dos principais exames

of error, as far as the eye can see.

## Solução e composições

1. 100 65 25 100

### Apéutica realizada

inóstico (hipotético ou definitivo)

701

#### Itaçõe s m é d i c a s p a r a p a t i e n t e s / e g r e s s o

Aug 19<sup>th</sup> 1912

### ções de alta

## Curado

**A pedida**

84

□ 1996

□ 100

Transferido para:



RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

E. Jacy Kelly da Paiva Araújo

DN:

PRONT. N°:

JURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ISSÃO: 17/01/19

ALTA: 20/01/19

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

Sintomas: dor

dor de dor

O. epólio.

O. venofá

Resultado dos principais exames

ef exame: pequeno 1/80 Turgorof. O

Solução e complicações

Doenças:

Terapêutica realizada

curativo Turgorof. uso profundo e fortes adesivos

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

Téj

Instruções médicas para pacientes / egresso

Dra. Jacy Kelly da Paiva Araújo

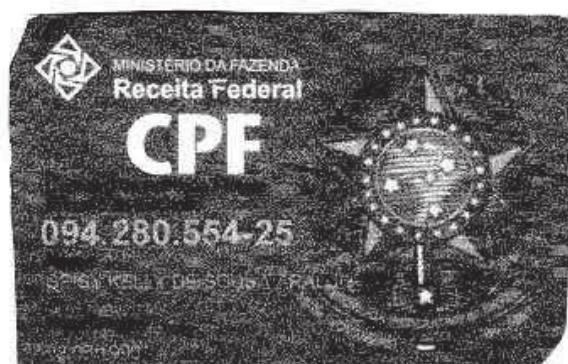
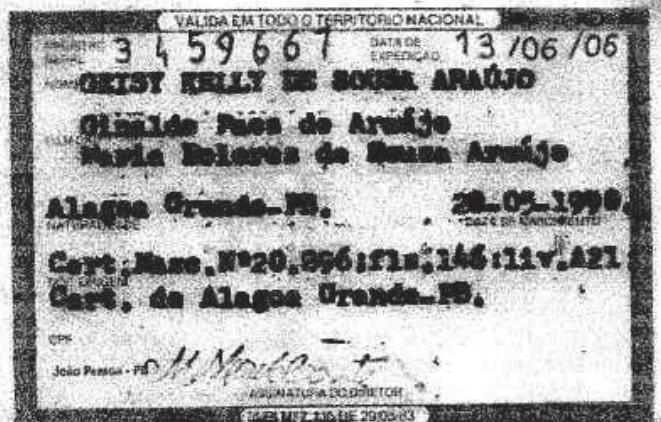
Idiomas de alta

 Curado A pedido Óbito Melhorado Inalterado Transferido para:

20/01/19

ppcar







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**

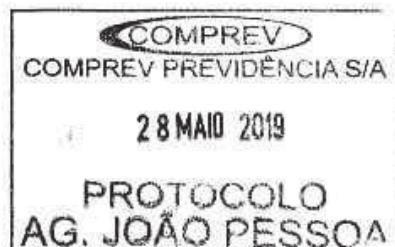
Dígito Verificador: **00**

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.)



# 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:                | Nome completo da vítima:    |                            |                                  |
|  | 094.280.554-25                | 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: <b>GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO</b>  |                               |                             |                            |                                  |
| Profissão: <b>AGRICULTORA</b>  | Endereço: <b>SINÔ RAPADOR</b> |                             | CPF: <b>094.280.554-25</b> | Número: <b>51/N</b> Complemento: |
| Bairro: <b>ZONA RURAL</b>  | Cidade: <b>ALAGOA GRANDE</b>  | Estado: <b>PB</b>           | CEP: <b>58388-000</b>      | Tel.(DDD): <b>(83) 9999-7360</b> |
| E-mail: <b>onofre.almeida.adv@gmail.com</b>  |                               |                             |                            |                                  |

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)  |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <b>OP013</b> |

AGÊNCIA: **4553** CONTA: **0418** Dígito: **9**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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, <b>ALAGOA GRANDE/PB - 28/10/19</b>                                     |  | TESTEMUNHAS                                  |
| Nome: _____  |  | 1º   Nome: _____<br>CPF: _____               |
| CPF: _____   |  | COMPREV<br>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A           |
| (* Assinatura de quem assina A RODO  |  | 2º   Nome: _____<br>CPF: _____               |
| <b>Geisy Kelly de Souza Araujo</b><br>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |  | 28 MAIO 2019<br>PROTOCOLO<br>AG. JOÃO PESSOA |

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*Edilana Gomes Andre de Araújo*

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

VO01/2018



NECOO BRASIL 001-9

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02872.640004 01113.598179 5 78850000004990

Código: A MORAIS LTDA - ME - CNP  
Número documento: 1  
Período: 2019  
CPF/Código do Beneficiário: 1 / 00610598-8  
UF/Estado: 400001113598  
Documento: 1  
Código/Abatimento:  
Multa: 0  
Outros Acréscimos:  
Mora/Cobrança: 0  
Itm: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
Característica: Recibo do PagaDoc

|   |                 |                 |             |                           |   |
|---|-----------------|-----------------|-------------|---------------------------|---|
| Local de pagamento:<br>Qualquer agência bancária até o vencimento   |                 |                 |             |                           | Vencimento:<br>10/05/2019   |
| Beneficiário:<br><b>LEMOS &amp; MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034</b>                                      |                 |                 |             |                           | Agência/Código do Beneficiário:<br>2696-4 / 00010598-8  |
| Data do documento: 22/10/2018 Número documento: 614201 Espécie Doc.: DS Aceite: N Data processamento: 22/10/2018                          |                 |                 |             |                           | Nosso número:<br>28726400001113598  |
| Uso do banco:   | Carteira:<br>17 | Espécie:<br>R\$ | Quantidade: | Valor documento:<br>49,90 | (=) Valor documento:<br>49,90   |
| Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)<br>SR. CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA, |                 |                 |             |                           | (-) Desconto/Abatimento:<br>(-) Outras Deduções:<br>(+) Mora/Multa:<br>(+) Outros Acréscimos:<br>(=) Valor Cobrado: |

Pagador Login: egoo2  
ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62  
RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887  
CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58388-000 - EM FRENTE AO TRIUFO ( ADVOGADOS E ASSOCIADOS )

Sacador/Avália:

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533328000000026876444>  
Número do documento: 20013110533328000000026876444

Num. 27860647 - Pág. 19



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR 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

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

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GETSY 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 Lider-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> CEP: <u>58388-000</u> |
| E-mail:   |                                      |         |                      | 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

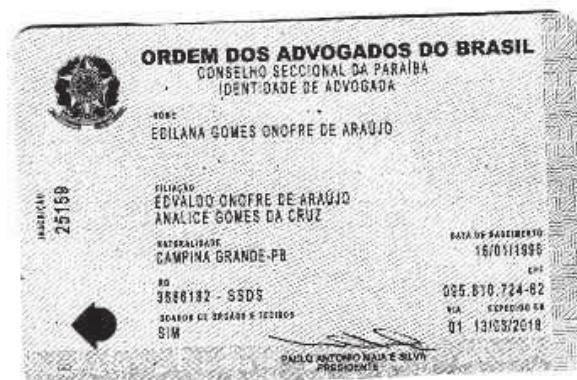


DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO - 31/01/2020 10:53:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200131105332800000026876444>  
Número do documento: 200131105332800000026876444

Num. 27860647 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533328000000026876444>  
Número do documento: 20013110533328000000026876444

Num. 27860647 - Pág. 21



ONOFRE & ALMEIDA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 MAIO 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**OUTORGANTE: GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 094.280.554-25, residente no Sítio Rapador, S/N, Zona Rural, Alagoa Grande – PB, CEP: 58.388-000.

**OUTORGADOS: JUAN CARLOS DE ALMEIDA SILVA**, brasileiro, advogado, regularmente inscrito no OAB/PB 25.676, e **EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO**, brasileira, advogada, regularmente inscrita na OAB/PB 25.159, ambos com endereço profissional na Rua Siqueira Campos, S/N, Sala 08 – 1º andar, Centro, Alagoa Grande – PB, CEP 58388-000.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS, amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com as cláusulas *ad judicia et extra* e *ad negotia*, nomeando como procuradores e advogados, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, fazendo acompanhamento até final decisão. Ofertando ainda os poderes especiais para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do seguro obrigatório – DPVAT, bem como, para o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito a GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO, ocorrido em ...../...../....., conforme registrado pelo BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em anexo ao processo. Processo de Natureza:

Invalidez. Podendo os procuradores representar a outorgante como se a própria fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim receber intimações, notificações, confessar, transigir, discordar, concordar, recorrer, firmar acordos, e tudo o mais que se fizer necessário ao fiel desempenho do mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Alagoa Grande – PB, 01 de maio de 2019.

Outorgante

Rua Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaíra, João Pessoa – PB.  
Rua Siqueira Campos, S/N, Sala 08 – 1º andar, Centro, Alagoa Grande – PB.

E-mail: [contato@lavoro.com.br](mailto:contato@lavoro.com.br) | Fone: (83) 99997-7360 | 98847-7194

Fone: (85) 999997-7380 | 98847-7194  
Email: onofreealmeidaadv@gmail.com



Documentário intitulado "A Luta da Mulher" é exibido no dia 28 de setembro, às 20h30, no Selo Digital, Al. 2388, nº 1000, Centro, em Aracaju.





# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019  
Ocorrência nº. 094/2019

Aos QUATOZE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARIA SOLIDADE DE SOUSA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:44min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**, conhecido(a) por **GEISY**, Identidade nº 3.459.667-SSPPB, CPF nº \_\_\_\_\_, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultora, filho(a) de Genildo Paes De Araújo E De Maria Doloresde Sousa Araújo, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 28/05/1990 (28 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Rapador, Zona Rural, tendo como ponto de referência: \_\_\_\_\_, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 99370-3308.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **data do fato:** 13 de 01 de 2019;
- 3) **Horário do fato:** 19h:30min;
- 4) **Local do fato:** PB-079 ,em frente a rodoviária de Alagoa Grande/PB.

5) **Breve resumo do fato:**

Que a NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado ,estava conduzindo sua motocicleta HONDA POP 100, DE PLACA MOJ 4276/PB, CHASSI: 9C2HB02108R054407,DE COR AZUL ,ANO/MODELO 2008, registrada em nome de MARIA DOLORES DE SOUSA ARAÚJO,momento em que estava passando na lombada em frente a rodoviária deste município ,um motoqueiro ,passou rapidamente próximo a NOTICIANTE, fazendo com que a mesma se assustasse e perdesse o controle da motocicleta ,vindo a cair ao solo; Que com a queda a NOTICIANTE bateu a cabeça no chão e ficou desorientada; Que a NOTICIANTE foi socorrida por uma unidade do SAMU para o HOSPITAL MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE; Que de acordo com a NOTICIANTE ao chegar no HOSPITAL ,a mesma foi medicada e ficou em observação até as 08hs:30min do dia seguinte(14/01/2019) e em seguida foi liberada para retornar para sua residência; Que a NOTICIANTE informa que desde que chegou em casa ,não ficou se sentindo bem ,e teve sangramentos pelo nariz e boca; Que no dia 17/01/2019 ,após continuar sentindo os mesmos sintomas a NOTICIANTE retornou para o HOSPITAL deste município ,onde foi atendida e encaminhada para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES em Campina Grande; Que segundo a NOTICIANTE ao chegar no HOSPITAL DE TRAUMA a mesma passou por alguns exames ,onde constatou que a NOTICIANTE estava com uma leve lesão ,um edema e um coágulo no crânio, conforme consta em cópia em anexo; Que a NOTICIANTE também informa que ficou internada no HOSPITAL DE TRAUMA por três dias ,recebendo alta no dia 20/01/2019. .

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.





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

*Atto 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  
Italo Agra

ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma da CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital da Al. Nova

NOME DO PACIENTE: Crysly Kelly de Souza Araújo

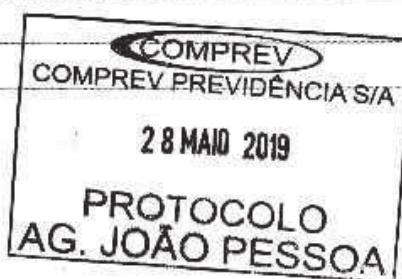
PROCEDÊNCIA:

Enviamento a pet. paciente, 28 anos, diabó. TCE lige. hér. cines de 5 dias, diabó. acidente matocíclistico. A mesma apura que estava 31 segundos e não lembra do acidente. Vem comuns cl. capilares, náuseas e epistaxe e desidratação.

Exame: press. tóxica e abdome d. alterado. ECG 15, pupilas isocâmicas e fotonegativas. Col. urinário d. avaliação de uro.

HO: TCE lige.

Att



ALAGOA GRANDE (PB): 17101119

Dr. Daniela Cunha  
PROD. 17101119  
PROD. PB/17101119

MÉDICO





### Ficha de Acolhimento

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| Nome: <u>Geisy Kelly de Souza Braga</u>  | End: <u>Sítio Rapado</u>                             | Bairro: <u>2 Ribeiras</u> |
| Data de Nascimento: <u>28.05.1990</u>  | Documento de Identificação: <u>Alagoa Grande, 13</u> |                           |
| Queixa: <u>Ac. mola</u>  | Data do Atend: <u>17/01/19</u>                       | Hora: <u>11:13</u>        |
| Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  |                           |

### Classificação de Risco

|  |  |
|--|--|
| Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo  | Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente |
| Frequência cardíaca:   |  |
| Temperatura axilar:  |  |
| Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida                                       |  |
| Deambulário: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca |  |

**Estratificação** Quadrado  
MOD. 11c

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Assinatura e carimbo do profissional*





at 1000 m.s.n.m. (1000 m.s.n.m.)

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs.

## SERVÍCIOS REALIZADOS:

CONFERIMENTO

CBO

10

( ) Centro Cirúrgico \_\_\_\_\_

( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

( ) Alta hospitalar /  ( ) A revélia  
 ( ) Decisão Médica  
 ( ) Óbito

<http://projetoholcglimprensa.php?contar=1814994>

342



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
**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): *João Luiz Gonzaga Fernandes*  
SÉRIE \_\_\_\_\_ PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_  
ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: *506* NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE *17/01/2020* A *20/01/2020* NECESSITANDO DE  
*15 dias* DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
CAMPINA GRANDE *20/01/2020*

Ass. do Médico - Nº. do CRM

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.  
Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080



|        |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| NAME:  | 65  | 5  | 4 | 6 | 6 | Y | D | S | O | U | A | P. |
| IDADE: | SEXO  | COR:   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|        | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

DADOS CLÍNICOS:

Poltaco

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio-X De Tórax Ap Crânio  
Raio-X De Rinite AP

|           |                          |                      |   |
|-----------|--------------------------|----------------------|---|
| URGÊNCIA: | <input type="checkbox"/> | ROTINA:              | <input type="checkbox"/>                    |
| DATA:     | 16/01/20                 | HORA DA SOLICITAÇÃO: | José Antônio G. de Andrade<br>CREMESP 25449 |

RAIO X  
REALIZADO EM:  
17/01/2020

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

|   |                            |  |   |  |
|---|----------------------------|--|---|--|
| <b>SUS</b><br>Sistema Único de Saúde  | <b>Ministério da Saúde</b> | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>              |   |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>  |                            |  |   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>          |                            |  | 2 - CNES<br><b>2362856</b>  |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>           |                            |  | 4 - CNES<br><b>2362856</b>  |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>  |                            |  |   |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><b>GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO</b>   |                            |  | 6 - N° DO PRONTUÁRIO<br><b>1815226</b>  |  |
| 7 - CARTÃO DO SUS<br><b>704707015835240</b>   |                            | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>28/05/1990</b>  | 9 - SEXO<br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO</b>   |                            |  | 11 - TELEFONE DO CONTATO<br>DC: <b>83</b> N° DE TELEFONE: <b>993703308</b>                  |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)<br><b>SITIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL</b>  |                            | 14 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO - 15 - UF<br><b>250030 PB</b>                             | 16 - CEP<br><b>58388000</b>   |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>  |                            |  |   |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Acidente de trânsito com churrasqueira<br/>exterior.</i>             |                            |  |   |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Passo de estrada</i>   |                            |  |   |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><i>ex de mama liga fístula</i> |                            |  |   |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>TCE</i>  |                            | 21 - CID 10 PRINCIPAL<br><i>S060</i>   | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO  | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>  |                            |  |   |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Internar</i>  |                            | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  |   |  |
| 26 - CLÍNICA<br><i>Nº 2</i>   |                            | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><b>02</b>  | 28 - DOCUMENTO<br>(X) CNS   | 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>980016287948286</b> |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO</b>                                |                            | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><b>17/01/2019</b>                                      | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)                                      |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>   |                            |  |   |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO   |                            | 36 - CNPJ DA SEGURADORA  | 37 - N° DO BILHETE  | 38 - SÉRIE   |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO   |                            |  |   |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  |                            | 39 - CNPJ EMPRESA  | 40 - CNAE DA EMPRESA  | 41 - CSOR  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br><input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR   |                            | <input checked="" type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> INDESPREGADO | <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> INSS                           | <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>  |                            |  |   |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR   |                            | 44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR  | 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR   |  |
| 46 - DOCUMENTO<br>(X) CNS   |                            | 47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>(X) CPF                    |   |  |
| 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><i>1 / 1</i>  |                            | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)                             |   |  |

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| Paciente | Prescrição Médica                                   | Alojamento | Leito | Convênio        |
|----------|---|------------|-------|-----------------|
| Data     | Prescrição Médica                                   | Horário    |       | Evolução Médica |
| 13/01/12 | 1) Diuretico 500ml 12h 315ml                        | 500ml      |       | ok              |
| 14/01/12 | 2) S.A. 500ml 12h 315ml                             | 500ml      |       | ok              |
| 15/01/12 | 3) Diurético 500ml + PBS 12h 315ml                  | 500ml      |       | ok              |
| 16/01/12 | 4) Tramadol 100mg + ibuprofeno 300mg 12h 315ml      | 500ml      |       | ok              |
| 17/01/12 | 5) Cetaproteleno 100mg + ibuprofeno 300mg 12h 315ml | 500ml      |       | ok              |
| 18/01/12 | 6) Rivotril 0,05mg + PBS 12h 315ml                  | 500ml      |       | ok              |
| 19/01/12 | 7) Furosemida 40mg + ibuprofeno 300mg 12h 315ml     | 500ml      |       | ok              |
| 20/01/12 | 8) Acetaminofeno 500mg + PBS 12h 315ml 500ml        | 500ml      |       | ok              |
| 21/01/12 | 9) Cetaproteleno 100mg + ibuprofeno 300mg 12h 315ml | 500ml      |       | ok              |
| 22/01/12 | 10) Clorazepato 10mg 12h 315ml                      | 500ml      |       | ok              |
| 23/01/12 | 11) Infusão de 500ml de Ringer Lactato              | 500ml      |       | ok              |





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

## 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

Clínica: 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 FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h  |                 |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h  |                 |
| 4    | CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Diluir em 150 SF                                 | 18/01           |
| 5    | ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE<br>NECESSARIO<br>SE VOMITOS       |                 |
| 6    | OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1FRA-AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)   |                 |
| 7    | TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE<br>NECESSARIO<br>SE DOR REFRATARIA |                 |
| 8    | FENTOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h   |                 |
| 9    | GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>SE HGT<70MG/DL                       |                 |
| 10   | CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO<br>SE PA>180X110MMHG                          |                 |
| 11   | DECUBITO ELEVADO<br>DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS   |                 |
| 12   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais   |                 |
| 13   | GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 4h/4h<br>CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO                              | 18(145) 08(142) |

ver  
ret  
seu nome  
S. M. Quinino

End: 2004

Saul C. M. Quinino  
CPF: 026.936.191-10  
Nascimento: 25/07/1973  
CNPJ: 20.333.660.0001-00





## RESUMO DE ALTA (REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

DN:

PRONT. N°:

RURAL DANCE.

## PROCEDÊNCIA:

MISSÃO: 15/11/10

ALTA:

Totivo da hospitalização (dados positivos da escalaço / número de casos)

Fig. 1. *Opuntia* sp. (1)

### Resultado dos principais exames

of error, and the error of

### Solução e complicações

לְמִזְבֵּחַ

### Apéutica realizada

### inôstico (hipotético ou definitivo)

725

#### Itaçõe s m é d i c a s p a r a p a t i e n t e s / e g r e s s o

Aug 17 1920

### **cões de alta**

## Curado

**A pedida**

614

1

1000

### Transferido para:



RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

E. Jacy Kelly da Paiva Araújo

DN:

PRONT. N°:

JURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ISSÃO: 17/01/19

ALTA: 20/01/19

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

Sintomas: dor

dor de dor

O. epólio.

O. venofá

Resultado dos principais exames

ef exame: pequeno 1/80 Turgorof. O

Solução e complicações

Doenças:

Terapêutica realizada

curativo Turgorof. uso profundo e fortes adesivos

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

Tec

Instruções médicas para pacientes / egresso

Dra. Jacy Kelly da Paiva Araújo

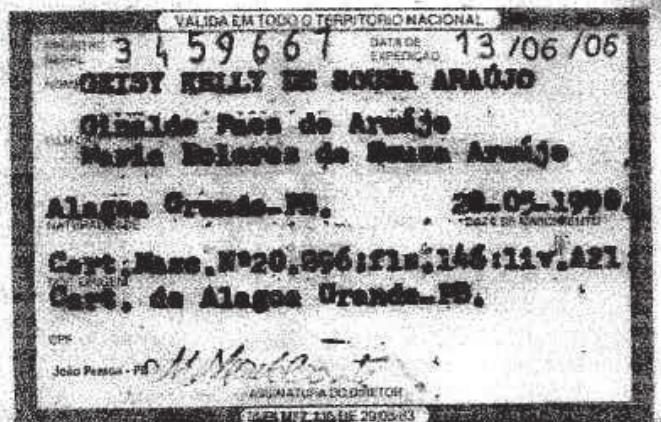
## Idiomas de alta

 Curado A pedido Óbito Melhorado Inalterado Transferido para:

20/01/19

ppcar







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**

Dígito 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.)



# 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:                    | Nome completo da vítima:      |                            |                                     |
|  | 094.280.554-25                    | 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:<br><b>GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO</b>   |                                   | CPF:<br><b>094.280.554-25</b> |                            |                                     |
| Profissão:<br><b>AGRICULTORA</b>   | Endereço:<br><b>Sítio RAPADOR</b> | Número:<br><b>51/N</b>        | Complemento:               |                                     |
| Bairro:<br><b>ZONA RURAL</b>   | Cidade:<br><b>ALAGOA GRANDE</b>   | Estado:<br><b>PB</b>          | CEP:<br><b>58388 - 000</b> | Tel.(DDD):<br><b>(83) 9999-7360</b> |
| E-mail:<br><b>onofre.almeida.adv@gmail.com</b>   |                                   |                               |                            |                                     |

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)  |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <b>OP013</b> |

AGÊNCIA: **4553**  CONTA: **0418**  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

**INVALIDEZ PERMANENTE**  
Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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 Falecidos:  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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, <b>ALAGOA GRANDE/PB - 28/10/19</b>                                     |  | TESTEMUNHAS                                  |
| Nome: _____  |  | 1º   Nome: _____<br>CPF: _____               |
| CPF: _____   |  | COMPREV<br>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A           |
| (* Assinatura de quem assina A RODO  |  | 2º   Nome: _____<br>CPF: _____               |
| <b>Geisy Kelly de Souza Araujo</b><br>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |  | 28 MAIO 2019<br>PROTOCOLO<br>AG. JOÃO PESSOA |

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

VO01/2018



|                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| NECOO BRASIL                | 001-9                     |
| Caráter:                    | A MORAIS LTDA - ME - CNPJ |
| Ex. Documento:              | 1                         |
| Período:                    | 2019                      |
| CPF/Código do Beneficiário: | 17.00610598-8             |
| UF:                         | CE                        |
| Documento:                  | 400001113598              |
| Caráter/Abatimento:         |                           |
| Multa:                      |                           |
| Outros Acréscimos:          |                           |
| Outros Cobrados:            |                           |
| Itm:                        | NA GOMES ONOFRE DE ARAUJO |
| Caráter/Abatimento:         | Rebento do Papelada       |

|  |                   |  |  |                     |                                 |
|--|-------------------|--|--|---------------------|---------------------------------|
| BANCO DO BRASIL  | 001-9             | 00190.00009 02872.640004 01113.598179 5 78850000004990 |  |                     |                                 |
| Local de pagamento:  |                   |  |  |                     |                                 |
| Qualquer agência bancária até o vencimento   |                   |  |  |                     |                                 |
| Beneficiário:  |                   |  |  |                     |                                 |
| LEMOS & MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034                 |                   |  |  |                     |                                 |
| Data do documento:   | Número documento: | Espécie Doc.   | Acete:                                       | Data processamento: | Vencimento:                     |
| 22/10/2018   | 614201            | DS   | N  | 22/10/2018          | 10/05/2019                      |
| Uso do banco:  | Carteira:         | Espécie:   | Quantidade:                                  | Valor documento:    | Agência/Código do Beneficiário: |
|  | 17                | R\$  |  | 49,90               | 2696-4 / 00010598-8             |
| Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)                                   |                   |  | Nosso número:                                |                     |                                 |
| BR. CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA,          |                   |  | 28726400001113598                            |                     |                                 |
|  |                   |  | (-) Desconto/Abatimento:                     |                     |                                 |
|  |                   |  | (-) Outras Deduções:                         |                     |                                 |
|  |                   |  | (+*) Mora/Multa:                             |                     |                                 |
|  |                   |  | (+*) Outros Acréscimos:                      |                     |                                 |
|  |                   |  | (-) Valor Cobrado:                           |                     |                                 |
| Pagador  |                   |  | Login: egoo2                                 |                     |                                 |
| ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62                              |                   |  | Autenticação mecânica - Ficha de Compensação |                     |                                 |
| RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887   |                   |  |  |                     |                                 |
| CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58388-000 - EM FRENTE AO TRIUFO ( ADVOGADOS E ASSOCIADOS ) |                   |  |  |                     |                                 |
| Sacador/Avália:  |                   |  |  |                     |                                 |





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR 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

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

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GETSY 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 Lider-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> CEP: <u>58388-000</u> |
| E-mail:   |                                      |         |                      | 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

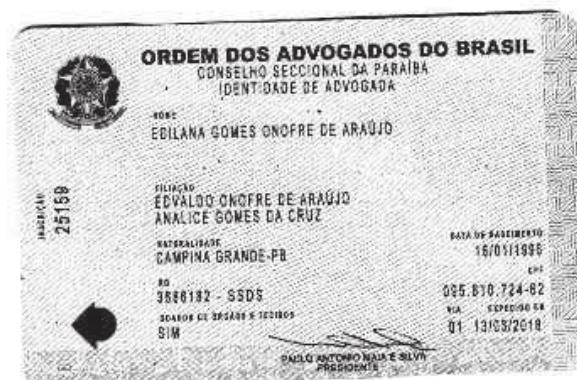


DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO - 31/01/2020 10:53:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311053366000000026876447>  
Número do documento: 200131105336600000026876447

Num. 27861250 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533366000000026876447>  
Número do documento: 20013110533366000000026876447

Num. 27861250 - Pág. 19



ONOFRE & ALMEIDA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 MAIO 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**OUTORGANTE: GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 094.280.554-25, residente no Sítio Rapador, S/N, Zona Rural, Alagoa Grande – PB, CEP: 58.388-000.

**OUTORGADOS: JUAN CARLOS DE ALMEIDA SILVA**, brasileiro, advogado, regularmente inscrito no OAB/PB 25.676, e **EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO**, brasileira, advogada, regularmente inscrita na OAB/PB 25.159, ambos com endereço profissional na Rua Siqueira Campos, S/N, Sala 08 – 1º andar, Centro, Alagoa Grande – PB, CEP 58388-000.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS, amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com as cláusulas *ad judicia et extra* e *ad negotia*, nomeando como procuradores e advogados, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, fazendo acompanhamento até final decisão. Ofertando ainda os poderes especiais para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do seguro obrigatório – DPVAT, bem como, para o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito a GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO, ocorrido em ...../...../....., conforme registrado pelo BOLETIM DE OCORRÊNCIA, em anexo ao processo. Processo de Natureza:

Invalidez. Podendo os procuradores representar a outorgante como se a própria fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim receber intimações, notificações, confessar, transigir, discordar, concordar, recorrer, firmar acordos, e tudo o mais que se fizer necessário ao fiel desempenho do mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Alagoa Grande – PB, 01 de maio de 2019.

Geisy Shelly de Souza Araujo  
**Outorgante**

Rua Manoel Medeiros Guedes, 12, Sala 201, Manaira, João Pessoa – PB.  
Rua Siqueira Campos, S/N, Sala 08 – 1º andar, Centro, Alagoa Grande – PB.

E-mail: [contato@centroamericana.com.br](mailto:contato@centroamericana.com.br) | Fone: (83) 99997-7360 | 98847-7194

Fone: (85) 999997-7380 | 98847-7194  
Email: onofreealmeidaadv@gmail.com



DDA CHAMERO



|        |   |  |       |         |          |       |       |  |  |
|--------|---|--|-------|---------|----------|-------|-------|--|--|
| NOME:  |   | G E S Y R E ILY DE S O UZA   |       |         |          | P.    |       |  |  |
| IDADE: | SEXO  | COR:   | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.: | LEITO |  |  |
|        | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |       |         |          |       |       |  |  |

## DADOS CLÍNICOS:

P.  
POLÍTICARAIO X  
REALIZADO EM:  
17/01/19

## MATERIAL A EXAMINAR:

## EXAMES SOLICITADOS:

RAIO-X DE TORÁX AP E PERFIL

- RAIO-X DE JOELHO D AP E PERFIL

RAIO-X DE PELVE AP

URGÊNCIA: ROTINA: 

DATA:

17/01/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

José Arthur D. Balduino  
MÉDICO  
CREMEPE 25449



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 2



**PACIENTE: GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

**DATA DO EXAME: 17.01.2019**

#### **RADIOGRAFIA DE JOELHO**

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

#### **RADIOGRAFIA DE PELVE**

**42**

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

#### **RADIOGRAFIA DE TÓRAX**

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Arthur José Ventura  
CRM/PR: 8481

Dra. Míriam Albino  
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias  
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. William R T Neto  
CRM/PB: 6733

Laudado em  
14/02/2019



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 4



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

**Ficha de Acolhimento**

|                       |                             |                             |                   |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Nome:                 | Geisy Kelly de Sousa Shauyo |                             |                   |
| End:                  | Sítio Rapador               |                             |                   |
| Data de Nascimento:   | 28/05/1990                  | Documento de Identificação: | Alagoa Grande, 13 |
| Queixa:               | Acidente                    | Data do Atend.:             | 17/01/19          |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim                     | ( ) Não                     | Horário: 19:13    |

**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**

MOD. 110

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

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

*Assinatura e carimbo do profissional*





Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 6

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº: 1814994 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 17/01/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Limeira

PACIENTE: GESY KELLY DE SOUSA CEP: 58388000

Nascimento: 28/05/1990

ARAUJO

Endereço: SITIO RAPADOR

Cidade: Alagoa Grande

RG: 028

CRM: 993703308

CPF: 58335240

Profissão: MANICURE

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

Nº: 0

CRM:

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsible:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de

Atend: 17/01/2019

Hora: 11:16:23

CONVÉNIO: SJS

Especialidade:

CRM:

RG:

## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

A DIRETORIA

22.00

Cíncos dias de vida

Quatro dias após o nascimento

Condici. Onantrópea

22.00 Ctr. Onantrópea

3 dias cíncos no nasc.

Cíncos dias

120.110

Nide Infração

Dr. Patrício de Melo  
Neurocirurgia  
CRM-PB 10.216Dr. Patrício de Melo  
Neurocirurgia  
CRM-PB 10.216

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

## SERVIÇOS REALIZADOS:

| CÓDIGO/PROCEDIMENTO  | CBO  | IDADE |
|--|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico                        |  |       |
| <input type="checkbox"/> Internação (setor)                      | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revélia<br><input type="checkbox"/> Decisão Médica |       |
| <input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL | <input type="checkbox"/> Óbito   |       |
| <u>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</u>       |  |       |





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: Crisny Kelly de Souza Araújo

PROCEDÊNCIA:

Encaminho a paciente, 28 anos, diário TCE ligeiro há 5 dias, diário acidente motociclistico. A mesma apesar que usava só capacete e não lembra do acidente. Vem evoluindo cl. alterado, náuseas e epistaxe e dor de cabeça.

Ex: fisiológico, pupila isocôncava e fotonegativa.

col: invenção pt avulsão de NLR.

HD: TCE ligeiro.

Att

ALAGOA GRANDE (PB): 17/01/19

Drª Daniela Cunha  
MÉDICA  
CRM-PB-11732

MÉDICO



Assinado digitalmente  
AOCEM  
SANTOS/MG



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 10

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

|  |                     |  |  |   |
|--|---------------------|--|--|---|
| <b>SUS</b><br>Sistema Único de Saúde   | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                       |  |   |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>   |                     |  |  |   |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>           |                     |  | 2 - CNES<br><b>2362856</b>   |   |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>            |                     |  | 4 - CNES<br><b>2362856</b>   |   |
| <b>Identificação do Paciente</b>   |                     |  |  |   |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><b>GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO</b>  |                     |  | 6 - N.º DO PRONTUÁRIO<br><b>1815226</b>  |   |
| 7 - CARTÃO DO SUS<br><b>704707015835240</b>  |                     | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>28/05/1990</b>  | 9 - SEXO<br>Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO</b>  |                     |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br>DDD <b>83</b> N.º DE TELEFONE <b>993703308</b>                   |   |
| 12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)<br><b>SITIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL</b>  |                     | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><b>Alagoa Grande</b>                                 | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO<br><b>250030</b>  | 15 - UF<br><b>PB</b>  |
|  |                     |  | 16 - CEP<br><b>58388000</b>  |   |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>   |                     |  |  |   |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Acidente de moto com hematomas extracranianos - risco de óbito</i>    |                     |  |  |   |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>risco de óbito</i>  |                     |  |  |   |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><i>CT de crânio / Gx. lesão</i> |                     |  |  |   |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>TCE</i>   |                     | 21 - CID 10 PRINCIPAL<br><i>S060</i>   | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO   | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS   |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>   |                     |  |  |   |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Internação</i>   |                     | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  |  |   |
| 26 - CLÍNICA<br><i>Ner</i>   |                     | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><b>02</b>  | 28 - DOCUMENTO<br>(X) CNS  | 29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>980016287948286</b> |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO</b>                                 |                     | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><b>17/01/2019</b>  | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><i>DR. FÁBIO FERREIRA</i>         |   |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>  |                     |  |  |   |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  |                     | 36 - CNPJ DA SEGURADORA<br><i>1</i>  | 37 - N.º DO BILHETE  | 38 - SÉRIE  |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  |                     | 39 - CNPJ EMPRESA<br><i>1</i>  | 40 - CNAE DA EMPRESA   | 41 - CBOR   |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO   |                     |  |  |   |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO  |                     | ( ) EMPREGADOR   | ( ) AUTÔNOMO   | ( ) DESEMPREGADO  |
|  |                     |  |  | ( ) APOSENTADO  |
|  |                     |  |  | ( ) NÃO SEGURADO  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   |                     |  |  |   |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |                     | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR  | 49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR   |   |
| 45 - DOCUMENTO<br>( ) CNS  |                     | 46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>( ) CPF                  |  |   |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><i>/ /</i>   |                     | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><i>DR. FÁBIO FERREIRA</i> |  |   |

A QR code located in the bottom left corner of the page.

Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 12

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

|  |   |   |  |                               |
|--|---|---|--|-------------------------------|
|  Sistema Único de Saúde                     | Ministério da Saúde                         | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR    |  |                               |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>   |   |   |  |                               |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>                 |   |   | 2 - CNES<br><b>2362856</b>   |                               |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>                  |   |   | 4 - CNES<br><b>2362856</b>   |                               |
| <b>Identificação do Paciente</b>   |   |   |  |                               |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><b>GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO</b>  |   |   | 6 - N.º DO PRONTUÁRIO<br><b>1815226</b>  |                               |
| 7 - CARTÃO DO SUS<br><b>704707015835240</b>  |   | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>28/05/1990</b>                       | 9 - SEXO<br>Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>                      |                               |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO</b>  |   |   | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br>DDA 83 N.º DE TELEFONE <b>993703308</b>                                    |                               |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)<br><b>SITIO RAPÁDOR , 0 , ZONA RURAL</b>  |   | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO<br><b>250030</b>                         | 15 - UF<br><b>PB</b>   | 16 - CEP<br><b>58388000</b>   |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>   |   |   |  |                               |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><br><i>Acidente de moto c/ hemotórax extratorácico.</i>                        |   |   |  |                               |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><br><i>Resumo de óbito</i>   |   |   |  |                               |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><br><i>c/ do crânio / er. laringe</i> |   |   |  |                               |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><br><i>TRE</i>   |   | 21 - CID 10 PRINCIPAL<br><br><i>5069</i>                          | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO   | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>   |   |   |  |                               |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><br><i>Internação</i>   |   | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                       |  |                               |
| 26 - CLÍNICA<br><br><i>hce</i>   | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><br><i>02</i> | 28 - DOCUMENTO<br>( ) CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF | 29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>980016287948286</b>          |                               |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>PATRÍCIA PEDROSA DE AZEVEDO</b>                                       |   | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><br><i>17/01/2019</i>                 | 32 - ASSINATURA E CARMIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><br><i>LIA PATRÍCIA PEDROSA DE AZEVEDO</i> |                               |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>  |   |   |  |                               |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  | 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO           | 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                | 36 - CNPJ DA SEGURODORA  | 37 - N.º DO BILHÉTE           |
| 38 - SÉRIE   |   |   |  |                               |
| 39 - CNPJ EMPRESA  | 40 - CNAE DA EMPRESA                        | 41 - CBOR   |  |                               |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR                               | ( ) AUTÔNOMO                                | ( ) DESEMPREGADO  | ( ) APOSENTADO   | ( ) NÃO SEGURADO              |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   |   |   |  |                               |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |   | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR   | 45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR   |                               |
| 46 - DOCUMENTO<br>( ) CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF  |   | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  | 48 - ASSINATURA E CARMIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)   |                               |
|  |   |   |  |                               |



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 14



**SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE**  
**Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernai**

8-  
w

18/01/19 8:00 PA 110/70

Paciente suspiro regular, rítmo regular  
em sincônia, medição conforme  
prescrições médica, apresenta desordem  
nas variações das partes do corpo

pac

19/01/19 20:00 PA 107/60

Paciente suspiro regular nas  
variações medições  
conforme prescrições médica

pac





## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Grey Holly de Souza* Registro: *2-3* Leito: *2-3* Setor Atual: *NE*

#### 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: *30* °C; P: *110* bpm; FR: *18* irpm; PA: *120/80* mmHg; FC: *100* bpm; SPO2: *98*%  
HGT: *165* cm/dl; Peso: *65* Kg; Altura: *170* cm Dor: ( ) Local: Obs.:

#### EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

#### 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

##### REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência:  Cônsciente  Orientado  Confuso  Letárgico  Torporoso  Comatoso  Outro  
GLASGOW(3-15): *15* Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas:  Isocôricas  Anisocôricas  D>E  E>D  Fotorreagentes  Mióticas  Midriáticas

Mobilidade Física:  Preservada  Paresia  Plegia  Parestesia Local:

Linguagem: ( ). Qual?  Disfonia  Afasia  Disfasia  Disartria.

Obs:

##### OXIGENAÇÃO

Respiração:  Espontânea  Cateter Nasal  Venturi % l/min  Traqueostomia  Ayre/Tubo T  
 VMNI  VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

Eupnéia;  Taquipnéia  Bradipnéia  Dispnéia  Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente:  Diminuídos  D  E

Ruídos adventícios:  Roncos  Sibilos  Estridor  Outros:

Tosse:  Improdutiva  Produtiva Expectoração:  Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:  Dreno de tórax:  D  E  Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: / / / Hora:

##### PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração:  Visão  Audição  Tato  Olfato  Paladar Observação:

##### SEGURANÇA FÍSICA

Tranquilo  Agitado  Agressivo.  Risco de queda. Observação:

##### REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉:  Regular  Irregular  Impalpável  Filiforme  Cheio.



|   |  |
|---|--|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocrada <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aquecida.<br>Tempº de enchimento capilar: <input type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; <input type="checkbox"/> >3 segundos <input type="checkbox"/> Turgor da jugular: <input type="checkbox"/>  |  |
| Drogas vasoativas: <input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Precordialgia: <input type="checkbox"/><br>Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Outro. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transítio <input type="checkbox"/> Definitivo  |  |
| Cateter vascular: <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <input type="checkbox"/> Data da punção: <u>1/1/1</u><br>Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:   |  |
| <b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b><br>Tipo sóstático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.<br>Defecação: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese   |  |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> IVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastronomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPF. Hora: <input type="checkbox"/> Data: <u>1/1/1</u><br>Alterações: <input type="checkbox"/> inapeténdia <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Fíose <input type="checkbox"/> Outros: |  |
| Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tensão <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:<br>PRA: <input type="checkbox"/> Normoativos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados  |  |
| Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Constipado há <u>3</u> dias <input type="checkbox"/> Outros.<br>Eliminação urinária: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematica <input type="checkbox"/> SVD: Débito <u>500</u> ml/m;   |  |
| Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:  |  |
| <b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b><br>Condicão da pele: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Eczemas <input type="checkbox"/> Hematomas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Cutio.   |  |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocrada <input type="checkbox"/> Noteada <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Turgor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado   |  |
| Condições das mucosas: <input type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas. Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>  |  |
| Incisão cirúrgica: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto: <input type="checkbox"/> Curativo em: <u>1/1/1</u>   |  |
| Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Drenagem: <input type="checkbox"/> Relrido em: <u>1/1/1</u>  |  |
| Ulcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo: <input type="checkbox"/> Curativo em: <u>1/1/1</u>  |  |
| <b>CLÍDADO CORPICAL</b><br>Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:  |  |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Higiénica <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Higiene Corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória  |  |
| Limitação física: <input type="checkbox"/> Vacinado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outro:   |  |
| <b>SONO E REPOUSO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:  |  |
| <b>4 - AVAIAÇÃO DAS HABILIDADES PSICOPROFÉSIAIS</b>   |  |
| <b>COMUNICAÇÃO, HIGIÉNIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b><br>Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo:<br><input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de famílias resiliência <input type="checkbox"/> Outro:   |  |
| <b>5 - NECESSIDADES PECULIARITATAS</b>  |  |
| <b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b><br>Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:   |  |
| <b>INTERCORRÊNCIAS</b><br><p><i>Relação com os profissionais de saúde: foi medicado e prescrito pelo médico, enfermeiros e fisioterapeutas da equipe de enfermagem.</i></p>   |  |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  DATA: <u>10/01/19</u> HORA: <u>15:00</u> h  |  |

FONTE: BORDINHO, R.C. Coleção de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre (2000).



| GOVERNO DA PARAÍBA   |  | SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO |  | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES |  | REQUISIÇÃO           |         | PRONTUÁRIO  |       |       |
|--|--|-------------------------------|--|--|--|----------------------|---------|---|-------|-------|
| NOME: 6ESVRELLY DE SOUSA   |  | SEXO: F                       |  | COR: B P A   |  | PESO:                | ALTURA: | CLINICA:  | ENF.: | LEITC |
| IDADE: 16  |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| DADOS CLÍNICOS:  |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| MATERIAL A EXAMINAR:   |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| EXAMES SOLICITADOS:  |  | USg DE ABDOMEN (FAST)         |  | ROTINA:  |  | HORA DA SOLICITAÇÃO: |         | José Arthur D. Batistino<br>MÉDICO<br>CREMEPE 23449 |       |       |
| URGÊNCIA:  |  | 17/01/19                      |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| DATA:  |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| equipamento dinâmico multifrequencial.                                       |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| Ausência de lesões   |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| método.  |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |
| cas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao |  |                               |  |  |  |                      |         |   |       |       |

*JANNIÉ DE MIRANDA*  
JANNIÉ DE MIRANDA  
Médico radiologista  
CRM-PB 7901/CRM-PE 21033

Observações: - Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras oca, assim como de hemoperitoneo, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

- Salientamos ainda que o método considerado ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tonografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.





Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 20



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

## REQUISIÇÃO DE EXAM

|            |   |  |       |         |          |       |       |  |  |  |
|------------|---|--|-------|---------|----------|-------|-------|--|--|--|
| PRONTUÁRIO |   |  |       |         |          |       |       |  |  |  |
| NOME:      | G E S Y R E L Y D E S O U S A                         |  |       |         |          |       |       |  |  |  |
| IDADE:     | SEXO  | COR:   | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF.: | LEITC |  |  |  |
|            | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> |       |         |          |       |       |  |  |  |

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| DADOS CLÍNICOS: | <i>301119</i> |
|-----------------|---------------|

|                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| MATERIAL A EXAMINAR: | <i>USG DE ABDOMEN (FAST)</i> |
|----------------------|------------------------------|

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| EXAMES SOLICITADOS: | <i>USG DE ABDOMEN (FAST)</i> |
|---------------------|------------------------------|

|                                    |                                  |   |  |
|------------------------------------|----------------------------------|---|--|
| URGÊNCIA: <input type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> | Realizada em: 01/19   |  |
| DATA: 11/01/19                     | HORA DA SOLICITAÇÃO:             | <i>José Arthur D. Balduíno<br/>MÉDICO<br/>CREMEPE 25449</i> |  |







SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| PACIENTE:      | GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO |
| DATA DO EXAME: | 17/01/2019                 |

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

**ANÁLISE:**

**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

  
**DR. JANNIÊ DE MIRANDA**  
Médico radiologista  
CRM-PB 7901/ CRM-PE 21033

*Observações: - Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e visceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

*- Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*





Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 24



*Pla  
Nem*

**ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS**  
**GONZAGA FERNANDES**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

Sr(a): **GESY KELLY DE SOUSA** Protocolo: **0000446549** RG: **NÃO INFORMADO**  
 Dr(a): **PATRICIA P DE AZEVEDO** Data: **18-01-2019 11:29** Origem: **AREA AMARELA**  
 Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **28 anos** Destino: **AREA AMARELA**

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 18/01/2019 11:28 ]

**Resultados**

**Valores de Referências**

**SÉRIE VERMELHA**

|                  |                                    |                                   |
|------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | <b>4.70 milhões/mm<sup>3</sup></b> | 3,9 à 5,9 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina..... | <b>14,5 g/dL</b>                   | 12,0 à 16,0 g/dL                  |
| Hematócrito..... | <b>43,0 %</b>                      | 35,6 à 48,6 %                     |
| V.C.M.....       | <b>91 fL</b>                       | 82,0 à 92,0 fL                    |
| H.C.M.....       | <b>31 pg</b>                       | 27,0 à 31,0 pg                    |
| C.H.C.M.....     | <b>34 g/dL</b>                     | 32,9 à 36,0 g/dL                  |

**SÉRIE BRANCA**

|                            |                               |                                   |   |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---|
| Leucócitos.....            | <b>5.900 /mm<sup>3</sup></b>  | 5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>   |   |
|                            | (%)                           | (/mm <sup>3</sup> )               |   |
| Neutrofílos                |                               |                                   |   |
| Promielócitos.....         | <b>0</b>                      | <b>0</b>                          |   |
| Mielócitos.....            | <b>0</b>                      | <b>0</b>                          |   |
| Metamielócitos.....        | <b>0</b>                      | <b>0</b>                          |   |
| Bastonetes.....            | <b>4,0</b>                    | <b>236</b>                        |   |
| Segmentados.....           | <b>62,0</b>                   | <b>3.658</b>                      | 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup> |
| Eosinófilos.....           | <b>2,0</b>                    | <b>118</b>                        | 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>     |
| Basófilos.....             | <b>0</b>                      | <b>0</b>                          | 0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>       |
| Linfócitos                 |                               |                                   |   |
| Típicos.....               | <b>30,0</b>                   | <b>1.770</b>                      | 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup> |
| Atípicos.....              | <b>0</b>                      | <b>0</b>                          |   |
| Monocitos.....             | <b>2,0</b>                    | <b>118</b>                        | 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>    |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | <b>289.000 mm<sup>3</sup></b> | 140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup> |   |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*Ana Cássia Miguel Agra*

Biomédica

CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: E37E-E28B-72A4-F479-CF9B-A30B-016D-9A4E



**PNCQ**  
 Programa Nacional  
 de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
 Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 25

Emissão : 18/01/2019 11:53 - Página 2 de 4

20013110533391900000026877126

Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126  
Número do documento: 20013110533391900000026877126





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

|           |  |            |                  |          |               |
|-----------|--|------------|------------------|----------|---------------|
| Sr(a):    | GESY KELLY DE SOUSA                      | Protocolo: | 0000446549       | RG:      | NÃO INFORMADO |
| Dr(a):    | PATRICIA P DE AZEVEDO                    | Data:      | 18-01-2019 11:29 | Origem:  | AREA AMARELA  |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade:     | 28 anos          | Destino: | AREA AMARELA  |

**TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'08''**

[DATA DA COLETA: 18/01/2019 11:29 ] Valores de Referência:  
Material: sangue De 1 a 3 minutos  
Método: Duke

**TEMPO DE COAGULACAO..... 8'00'' min**

[DATA DA COLETA: 18/01/2019 11:29 ] Valores de Referência:  
Material: Sangue De 5 a 11 minutos  
Método: Lee-White

Ana Cássia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Emissão : 18/01/2019 11:53 - Página 4 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 37BA-325C-9C7F-7EAD-3496-B1BF-040F-5E1D



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 27





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): **GESY KELLY DE SOUSA** Protocolo: **0000446549** RG: **NÃO INFORMADO**  
Dr(a): **PATRICIA P DE AZEVEDO** Data: **18-01-2019 11:29** Origem: **AREA AMARELA**  
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **28 anos** Destino: **AREA AMARELA**

**POTASSIO** ..... **4.1 mmol/l**

[DATA DA COLETA: 18/01/2019 11:29 ]  
Material: Soro  
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAXIONS

Valores de Referência:  
Adulto.....: 3.5 a 5.5 mmol/l  
Criança.....: 3.4 a 5.0 mmol/l  
Valor critico (adulto).....: menor que 2.5 e/ou  
maior que 6.5 mmol/l  
Valor critico (recem-nascido): menor que 2.5 mmol/l  
maior que 8.0 mmol/l

**SÓDIO** ..... **143 mmol/l**

[DATA DA COLETA: 18/01/2019 11:29 ]  
Material: Soro  
Método: Eletrodo Seletivo W300 MAX IONS

Valores de Referência:  
Adulto.....: 132 a 148 mmol/l  
Crianças.....: 134 a 148 mmol/l  
Valor Critico: menor que 120 e/ou maior que 160 mmol/l

**Ana Cássia Miguel Agra**  
Biomédica  
CRBM 5411

Emissão: 18/01/2019 11:53 - Página 3 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 5DF8-5529-1A67-5DBB-BB87-3DDF-0F17-4637



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 29



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



**SUS**  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): **GESY KELLY DE SOUSA** Protocolo: **0000446549** RG: **NÃO INFORMADO**  
Dr(a): **PATRICIA P DE AZEVEDO** Data: **18-01-2019 11:29** Origem: **AREA AMARELA**  
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **28 anos** Destino: **AREA AMARELA**

**URÉIA**

[DATA DA COLETA: 18/01/2019 11:29 ]

Resultado..... **34 mg/dl**

De 15 A 41 mg/dL

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Sistema Automatizado SELECTRA

Observação:

**CREATININA**

[DATA DA COLETA: 18/01/2019 11:29 ]

Resultado..... **0,6 mg/dl**

Recem-nato: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Crianças...: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Adultos...: 0,4 a 1,3 mg/dl  
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração da Creatinina e Sumário de urina.  
NOTA: O uso de medicamentos contendo dipirona e vitamina C podem alterar o resultado deste exame.

Resultados anteriores:

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER

Ana Cássia Miguel Agra  
Biomédica  
CRBM 5411

Emissão: 18/01/2019 11:53 - Página 1 de 4

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 1F7B-D7B5-EF34-97EA-CB44-626D-5ADC-481D



PNCQ  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 30



OLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

三





Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 33

Saul C. M. Quinino  
CRM-PB 8737  
Neurocirurgião  
CPF: 026.936.194-40

| Item | Prescrição   | Apresentação   |
|------|--|--|
| 1    | DIETIA VIA ORAL<br>SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML<br>E.V. 6h/6h | ONDANESTRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML<br>E.V. 1AMPOLA, FAZER SE<br>NECESSARIO<br>SE VOMITOS   |
| 2    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | CETOPROFENO 100 MG<br>E.V. 1FRA AMP, 12h/12h<br>Diluir em 150 SF   |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | OMEPRAZOL INJ 40MG<br>E.V. 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)<br>TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML<br>E.V. 1AMPOLA, FAZER SE<br>NECESSARIO<br>SE DOR REFRATARIA |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML<br>E.V. 1AMPOLA, 8h/8h<br>GLICOSE A 50% 10 ML<br>E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO<br>SE HGT<70MG/DL                          |
| 5    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | CAPTOPRIL 25 MG<br>V.O. 1COMP, FAZER SE NECESSARIO<br>SE PA>180X110MMHG  |
| 6    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | DECUBITO ELLEVADO<br>DECUBITO ELEVADO A 30 GRUAS<br>GLICEMIA CAPILAR A CRITEIRO 4h/4h  |
| 7    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | CLICADOS GERAIIS + SINAS VITIAS<br>CORRIGIR CONFIRME PROTOCOLO   |
| 8    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | DECUBITO ELLEVADO<br>DECUBITO ELEVADO A 30 GRUAS<br>GLICEMIA CAPILAR A CRITEIRO 4h/4h  |
| 9    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | DECUBITO ELLEVADO<br>DECUBITO ELEVADO A 30 GRUAS<br>GLICEMIA CAPILAR A CRITEIRO 4h/4h  |
| 10   | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | DECUBITO ELLEVADO<br>DECUBITO ELEVADO A 30 GRUAS<br>GLICEMIA CAPILAR A CRITEIRO 4h/4h  |
| 11   | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | DECUBITO ELLEVADO<br>DECUBITO ELEVADO A 30 GRUAS<br>GLICEMIA CAPILAR A CRITEIRO 4h/4h  |
| 12   | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | DECUBITO ELLEVADO<br>DECUBITO ELEVADO A 30 GRUAS<br>GLICEMIA CAPILAR A CRITEIRO 4h/4h  |
| 13   | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML<br>E.V. 6h/6h                 | DECUBITO ELLEVADO<br>DECUBITO ELEVADO A 30 GRUAS<br>GLICEMIA CAPILAR A CRITEIRO 4h/4h  |

MEDICO(A): Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino /  
DATA: 18/01/2019

DADOS DO PACIENTE :  
Nome da Mag: MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO Data de Nascimento: 28/05/1990 Sexo: F  
Nº do protocolo: 1815226 Paciente: GESEY KELLY DE SOUSA ARAUJO Idade: 028  
Cidade: MARLÉA Endereço: 1 Lote: 8 Diagnóstico:  
Cidade: MARLÉA Endereço: 1 Lote: 8 Diagnóstico: 2-3

## PRESCRIGÃO MEDICA

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

DA PARAIBA



18-01-19

Paciente admittida nresta ala, para tratamento específico,  
sem queixas, segue aos cuidados da enfermagem.

forstekeller  
16288887

18-01-19

20 hrs

P.A - 110x70

forstekeller  
16288887



## RESUMO DE ALTA (REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Lucy Kelly do. 8/1912  
TURALIDADE: -

BN

**PRINT N°.**

MISSÃO: 03/01/10

## PROCEDÊNCIA:

MISSÃO: 03/01/10

ALTA:

Íntimo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame clínico)

Wife to a man in his

④ *Environ. Monit. Assess.* (2005)

### Resultado dos principais exames

of a  $\hat{p}$ :  $\hat{p} = \frac{1}{2} \hat{p}_1 + \frac{1}{2} \hat{p}_2$  (P)

### **Diálogo e complicações**

אַבְרָהָם

### **apêndice realizada**

Boys' and Girls' Day at the University of Michigan

anótico (hipotético ou definitivo)

747

#### Itaçõe s m é d i c a s p a r a p a t i e n t e s / c a s o e s

Aug 26 1960

### cões de alta

## Curado

**A. Residues**

### Troneofenid -

**Óbito**

**Melhorado**

Inalterado





Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533391900000026877126>  
Número do documento: 20013110533391900000026877126

Num. 27861279 - Pág. 37



**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800240-68.2020.8.15.0031

**DESPACHO**

Vistos etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Deixo, outrossim, de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, de modo que determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias. Expeça-se carta e encaminhe-se via ECT.

Providências necessárias.

Alagoa Grande, data e assinatura eletrônica.

**JOSÉ JACKSON GUIMARÃES**

Juiz de Direito





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE

0800240-68.2020.8.15.0031

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**EXPEDIENTE DE CITAÇÃO**

Fica a parte promovida, através de seu Procurador Geral, devidamente citado para apresentação de contestação, no prazo de 15 dias. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Alagoa Grande-PB, 26 de fevereiro de 2020

GILVAN LINO DOS SANTOS

Analista/Técnico(a) Judiciário(a)

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:**

Documentos associados ao processo

| <b>Título</b>  | <b>Tipo</b>                | <b>Chave de acesso**</b>      |
|--|----------------------------|-------------------------------|
| Petição Inicial                                      | Petição Inicial            | 20013110533259400000026875670 |
| (01) PETICAO INCIAL - GEISY KELLY X SEGURADORA LIDER | Documento de Comprovação   | 20013110533277200000026876438 |
| (02) PROCURACAO - GEISY X DPVAT                      | Procuração                 | 20013110533304600000026876440 |
| (03) DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO - DEISY X DPVAT      | Documento de Identificação | 20013110533315300000026876442 |



Assinado eletronicamente por: GILVAN LINO DOS SANTOS - 26/02/2020 15:21:01  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022615210130800000027529785](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022615210130800000027529785)  
Número do documento: 20022615210130800000027529785

Num. 28554340 - Pág. 1

|  |                          |                               |
|--|--------------------------|-------------------------------|
| (04) COPIA INTEGRAL DO PROCESSO ADMINISTRATIVO - DPVAT | Documento de Comprovação | 20013110533328000000026876444 |
| (05) BOLETIM DE OCORRENCIA - GEISY X DPVAT             | Documento de Comprovação | 20013110533354200000026876446 |
| (06.0) DOCUMENTOS MEDICOS - GEISY X DPVAT              | Documento de Comprovação | 20013110533366000000026876447 |
| (06.1) DOCUMENTOS MEDICOS - GEISY X DPVAT              | Documento de Comprovação | 20013110533391900000026877126 |



Assinado eletronicamente por: GILVAN LINO DOS SANTOS - 26/02/2020 15:21:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022615210130800000027529785>  
Número do documento: 20022615210130800000027529785

Num. 28554340 - Pág. 2