



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	
GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO (AUTOR)		EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27860623	31/01/2020 10:53	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
27860641	31/01/2020 10:53	<a href="#">(01) PETICAO INCIAL - GEISY KELLY X SEGURADORA LIDER</a>	Documento de Comprovação
27860643	31/01/2020 10:53	<a href="#">(02) PROCURACAO - GEISY X DPVAT</a>	Procuração
27860645	31/01/2020 10:53	<a href="#">(03) DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO - DEISY X DPVAT</a>	Documento de Identificação
27860647	31/01/2020 10:53	<a href="#">(04) COPIA INTEGRAL DO PROCESSO ADMINISTRATIVO - DPVAT</a>	Documento de Comprovação
27861249	31/01/2020 10:53	<a href="#">(05) BOLETIM DE OCORRENCIA - GEISY X DPVAT</a>	Documento de Comprovação
27861250	31/01/2020 10:53	<a href="#">(06.0) DOCUMENTOS MEDICOS - GEISY X DPVAT</a>	Documento de Comprovação
27861279	31/01/2020 10:53	<a href="#">(06.1) DOCUMENTOS MEDICOS - GEISY X DPVAT</a>	Documento de Comprovação
27979366	05/02/2020 10:06	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
28554340	26/02/2020 15:21	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

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





ONOFRE & ALMEIDA  
ADVOGADOS

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 OBRIGATORIO (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:

WhatsApp (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,

WhatsApp (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 QUATROZE 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) noticante, e escrivã(o) que digitei.

Point 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





Diante 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

✉ 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 moratório 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 apenso, 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

WhatsApp (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 unanime 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 Nº 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.

WhatsApp (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





ONOFRE & ALMEIDA  
ADVOGADOS

(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 sentindo, 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:

WhatsApp (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, 30ª 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, 31ª 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 / 15ª 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.

WhatsApp (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

WhatsApp (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. 9





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. 1 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

WhatsApp (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 eminente 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;

WhatsApp (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. 11





**IV) NO MÉRITO, REQUER-SE A PROCÊNCIA TOTAL DOS SEGUINTE 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





ONOFRE & ALMEIDA  
ADVOGADOS

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

WhatsApp (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. 13



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



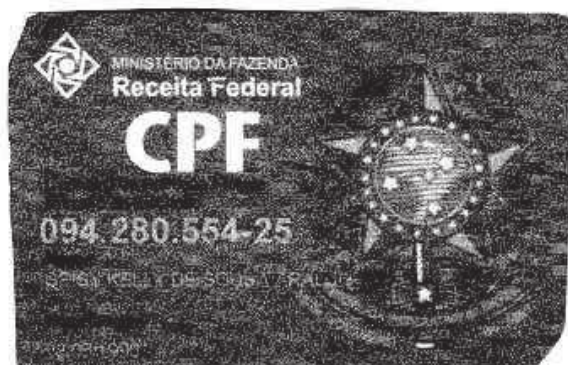
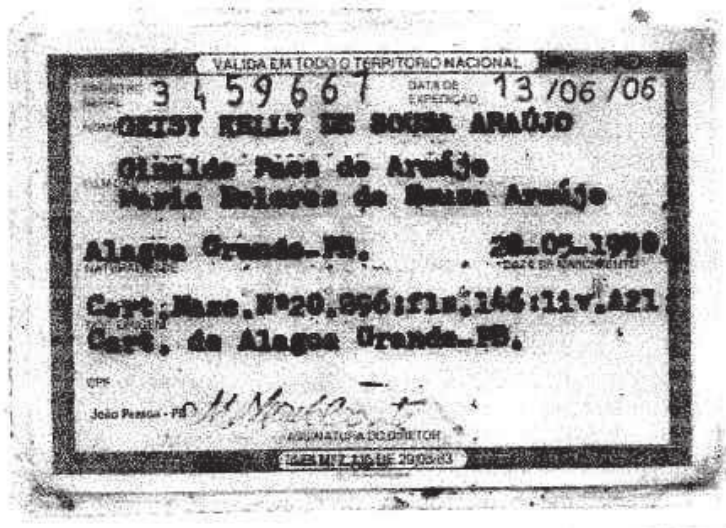
**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 MAIO 2019


PROTOKOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**IGRA CARNEIRO**  
Banco de Leite Materno e Hospital  
Serviço Materno e Neonatal  
Rua Maria da Fátima, 1000 - Jd. Santa  
Cruz, Centro, Belo Horizonte - MG  
CEP: 31040-000  
Fone: (31) 3292-3022  
E-mail: [igra@igra.com.br](mailto:igra@igra.com.br)  
[www.igra.com.br](http://www.igra.com.br)





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180306/19

**Vítima:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

**CPF:** 094.280.554-25

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/01/2019

**Titular do CPF:** GEISY KELLY DE SOUSA  
ARAUJO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO : 095.810.724-62

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

#### GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO : 094.280.554-25

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

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

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO







**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 Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(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 Policia 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 municipio ,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 municipio ,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 por mim, escrevã(o) que digitei.



*Geisy Kelly de Sousa Araújo*  
**GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**  
Comunicante  
Escrivão(Agente  
Matrícula nº 162.464-3

Modelo: Delegado 3. JAMILTO





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.

*[Assinatura]*  
Coordenador Samu  
Ítalo Aggra

**ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA**

**COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130**

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192**







UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

## ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma de CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital de Al Nova

NOME DO PACIENTE: Gysny Kelly de Sousa Araújo

### PROCEDÊNCIA:

Então, paciente - pet. com 28 anos, vindo TCE leve há cerca de 5 dias, devido acidente motociclístico. A mesma afirma que estava si capoteada e não lembra do acidente. Vem relatando el vômitos, náuseas e epistaxe desde então.

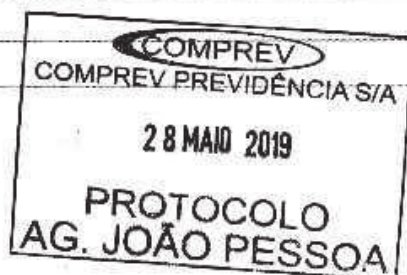
Ex físico: p/ncap, tórax e abdome si alterações.

ECG 15, pupilas isocóricas e foto-argenteas.

cd. imediata p/ avaliação de NCB.

HD: TCE leve.

Até



ALAGOA GRANDE (PB): 17 / 01 / 19

Dr. Daniela Cunha  
RECUSA  
CPS-PB-4432

MÉDICO



## Ficha de Acolhimento

Nome: Geiny Kelly de Souza Franco Bairro: Zuruael  
End: Sítio Papadon Documento de Identificação: Magda Grande, 13  
Data de Nascimento: 28.05.1990 Data do Atend.: 17.01.19 Hora: 19h Documento:  
Queixa: Ac. moto  
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

### Classificação de Risco

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

Frequência respiratória:      Frequência cardíaca:

Pressão arterial:      Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:      Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

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

## Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas  
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO  
DA PARÁ

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 Data: 17/01/2019

Av. Nal. Floriano Peixoto, 4700 - Nalvinas, Cuiabá Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: GESSY KELLY DE SOUSA

Atendente: Daniela Dos Santos Lima

CEP: 58388000 Nascimento: 28/05/1990

ARAUJO

Endereço: SÍTIO RAPADOR

Cidade: Magoa Grande

Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA

ARAUJO

Responsável:

Estado Civil: Solteira

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abordagem

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Escoriação

6. Dor

7. Edema

8. Enfisema

9. Enfisema subcutâneo

10. Enfiamento

11. Escoriação

12. Ferida aberta

13. Ferida de fogo

14. Ferida

15. Ferida

16. Ferida

17. Ferida

18. Ferida

19. Ferida

20. Ferida

21. Ferida

22. Ferida

23. Ferida

24. Ferida

25. Ferida

26. Ferida

27. Ferida

28. Ferida

29. Ferida

30. Ferida

31. Ferida

32. Ferida

33. Ferida

34. Ferida

EXAME PRIMÁRIO - DADOS: LÍNICOS

paciente relata queda de moto em meio mato, man no tórax do

momento da queda, há 4 horas após o evento, relata que se

de vômito, náusea, e fraqueza. Não faz uso de medicação.

clatada cefaleia, dor em tórax e

A = via aérea permeável, não há obstrução

B = HV+ AHR

C = RCR em 3, SCUF 5/5, TEG 420

D = centenas, contada,

ALERGIA: E. Enciclopédia - não há alergia

MEDICAMENTOS: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 996 - 997 - 998 - 999 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1770 - 1



212





**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): Guilherme Viana  
SÉRIE 19 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. 506  
ESTEVÉ INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 506 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 19 / 05 / 19 A 20 / 05 / 19 NECESSITANDO DE  
25 (vinte e cinco) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Campina Grande 20 / 05 / 19

**AUTORIZAÇÃO**

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO

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

DADOS CLÍNICOS:

Politrao

RAIO X  
REALIZADO EM:  
17/01/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO-X DE TÓRAX AP  
RAIO-X DE COLU AP

RAIO-X DO JOELHO D M. PESSOA

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Assinado eletronicamente por: José Antônio D. Padua  
CREMEPE 25449



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

SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES  
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES  
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
1815226

7 - CARTÃO DO SUS  
704707015835240

8 - DATA DE NASCIMENTO  
28/05/1990

9 - SEXO  
Masc ☐ Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO  
83 993703308

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)  
SÍTIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Alagoa Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP  
250030 PB 58388000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito e eletrocutado  
extra-hospitalar.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pessoa de alto risco

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

CS de crânio e tórax fechados

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
TCE

21 - CID 10 PRINCIPAL  
S06.0

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
NUP

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO  
02

28 - DOCUMENTO  
(X) CNES ( ) CPF

29 - N° DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
980016287948286

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
17/01/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO  
( ) CNES ( ) CPF

46 - N° DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /









GOVERNO  
DA PARAÍBA

Data: 18/01/2019

Hora: 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

Clinica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 8 Diagnóstico:

2-3

DIA 18/01/2019

MÉDICO(A): Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA VIA ORAL	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 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 NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
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 NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	
8	FENITOÍNA SÓDICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT < 70MG/DL	
10	CAPTÓPRIL 25 MG VO. 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE PA > 180X110MMHG	
11	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 4h/4h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

rea

rea

sem end

D. 4h/4h

para

end. 4h/4h

Saul C. M. Quinino  
CRM-PB 5737  
CPF: 026.936.394-40









GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: *Cary Kelly de Jesus Lima*

DN:

PRONT. Nº:

RESIDÊNCIA:

PROCEDÊNCIA:

MISSÃO: *19/01/19*

ALTA: *20/01/19*

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

*Diagnóstico de pneumonia*  
*(Pneumonia)*

Resultado dos principais exames

*Exames de sangue e urina*

Evolução e complicações

*Evolutione*

Terapêutica realizada

*Tratamento com antibióticos*

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

*Bom*

Recomendações médicas para pacientes / egresso

*Continuar com o tratamento*

Condições de alta

Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

Transferido para:



**RESUMO DE ALTA**  
**(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

*E. Gley Kelly da Sousa Araújo*  
**IDENTIFICADORA:**

**DN:**

**PRONT. Nº:**

**PROCEDÊNCIA:**

**DATA DE EMISSÃO:** 17/01/19

**DATA DE ALTA:** 20/01/19

**Objetivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)**

*Infarto do miocárdio*

*⊕ Exolúrio ⊕ vômitos*

**Resultado dos principais exames**

*ECG: normal Hx: Temporal ⊕*

**Evolução e complicações**

*sem complicações*

**Terapêutica realizada**

*aspirina, Temporal, aspiração de ferida*

**Diagnóstico (hipotético ou definitivo)**

*TEA*

**Recomendações médicas para pacientes / egresso**

*Dr. Felipe de Araújo*

**Condições de alta**

☐ Curado

☐ A pedido

☒ Óbito

☒ Melhorado

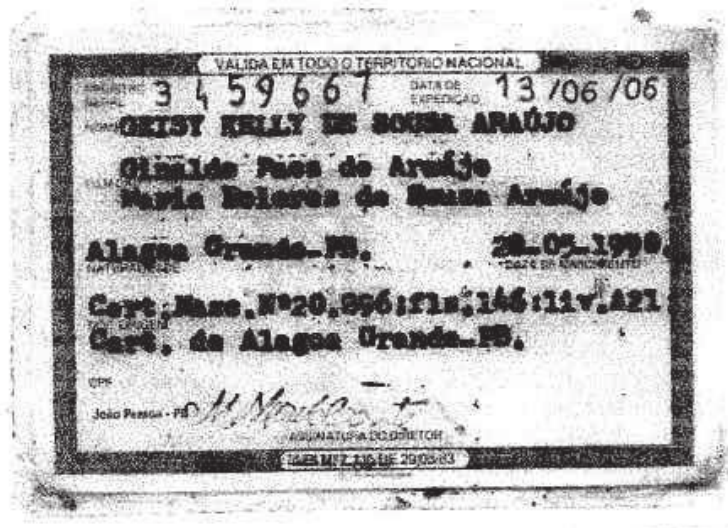
☐ Inalterado

**Transferido para:**

*20/01/19*

*ppar*









Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **094.280.554-25**

Nome: **GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/03/2008**

Digito Verificador: **00**

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



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

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



## 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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 094.280.554-25 Nome completo da vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

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

 Nome completo: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO CPF: 094.280.554-25

 Profissão: AGRICULTORA Endereço: SITIO RAPADOR Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

 Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PB CEP: 58388-000

 E-mail: onofre.almeidaandrade@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99994-7360

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 0013

 AGÊNCIA: 4553 ☐ CONTA: 0418 ☐ 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

 Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

 Local e Data, ALAGOA GRANDE/PB- 28/05/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geisy Kelly de Sousa Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Edilana Gomes Onofre de Araújo

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

V001/2018

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

28 MAIO 2019

PROTOCOLO

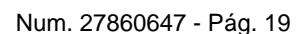
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura





COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
28 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO

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

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

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

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

Declaro Profissão: ADVOGADA Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

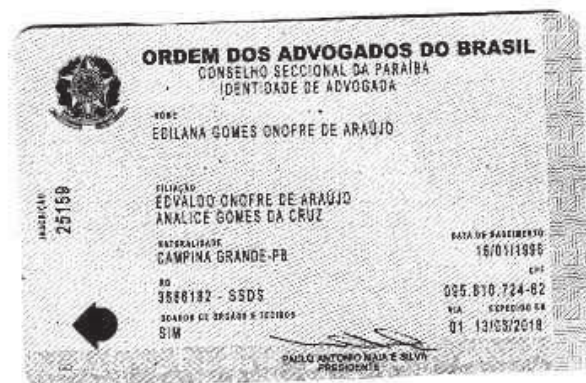
Local e Data: Alagoa Grande, 01 de maio de 2019

Edilana Gomes Onofre de Araújo  
Assinatura do Declarante



DLDRLO01 V001/2017









PROTOKOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**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 Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(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) Sitio 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 Policia 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 municipio ,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 municipio ,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 por mim, escrevã(o) que digitei.



*Geisy Kelly de Sousa Araújo*  
**GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO**  
Comunicante  
*[Assinatura]*  
Escrivão(Agente  
Matrícula nº 162.464-3

Modelo: Delegado 3. JAMILTO





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.

*Ítalo Leônidas Alves Agra*  
Coordenador Samu  
Ítalo Agra

**ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA**

**COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130**

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192**







UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

## ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma de CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital de Al Nova

NOME DO PACIENTE: Gysay Kelly de Sousa Araújo

### PROCEDÊNCIA:

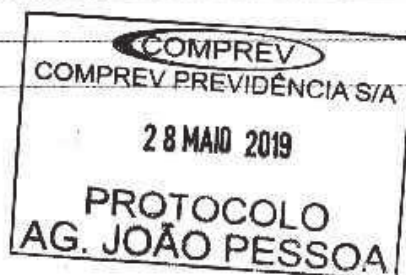
Então, paciente - pet. com 28 anos, vindo TCE leve há cerca de 5 dias, devido acidente motociclístico. A mesma afirma que estava si capoteada e não lembra do acidente. Vem relatando el vômitos, náuseas e epistaxe desde então.

Ex físico: p/ncap, tórax e abdome si alterações.

ECG 15, pupilas isocóricas e fotomogíveis.  
cd. imediata p/ avaliação de NCB.

HD: TCE leve.

Até



ALAGOA GRANDE (PB): 17 / 01 / 19

Dr. Daniela Cunha  
RECUSA  
CPS-PB-4132

MÉDICO





Nome: Geiny Kelly de Souza Prado Bairro: Zuruael  
End: Sítio Rapadon Documento de Identificação: Magda Grande, 13  
Data de Nascimento: 28.05.1990 Hora: 19.19 Documento:  
Queixa: A mãe Data do Atend.: 17.01.19  
Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

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

Frequência respiratória:      Frequência cardíaca:

Pressão arterial:      Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:      Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

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

MOD. 79C

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

Amarelo - atendimento até 1 hora  
Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO  
DA PARÁ  
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 Data: 17/01/2019  
Av. Nal. Floriano Peixoto, 4700 - Nalvinas, Cuiabá Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07  
PACIENTE: GESSY KELLY DE SOUSA Atendimento: Daniela Dos Santos Lima  
CEP: 58388000 Nascimento: 28/05/1990

ARAÚJO  
Endereço: SÍTIO RAPADOR

Sexo: F Telefone: 993703308

Cidade: Magoa Grande Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA Nº: 0

Responsável: CPE: Profissão: MANICURE

Estado Civil: Solteira Data de Nascimento: 28/05/1990

Motivo: ACIDENTE DE MOTO CNES: 704707015835240

Médico: Especialidade: CONVENIO: SUS

OBS FICHA: Realizada em 17/01/19

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abordagem 19. Fratura aberta fechada

2. Amputação 20. Fratura aberta aberta

3. Amputação 21. Hematoma

4. Contusão 22. Injúria de pele

5. Escoriação 23. Lesão tendão

6. Dor 24. Lesão tendão

7. Edema 25. Luxação

8. Enfisema 26. Mordida

9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal

10. Enfisema 28. Objeto penetrante

11. Escoriação 29. Otite

12. Escoriação 30. Paralisia

13. Escoriação 31. Paralisia

14. Escoriação 32. Paralisia

15. Escoriação 33. Queimadura

16. Escoriação 34. Rinite

17. Escoriação 35. Sinais de isquemia

18. Escoriação 36. Sinais de isquemia

19. Escoriação 37. Sinais de isquemia

20. Escoriação 38. Sinais de isquemia

21. Escoriação 39. Sinais de isquemia

22. Escoriação 40. Sinais de isquemia

23. Escoriação 41. Sinais de isquemia

24. Escoriação 42. Sinais de isquemia

25. Escoriação 43. Sinais de isquemia

26. Escoriação 44. Sinais de isquemia

27. Escoriação 45. Sinais de isquemia

28. Escoriação 46. Sinais de isquemia

29. Escoriação 47. Sinais de isquemia

30. Escoriação 48. Sinais de isquemia

31. Escoriação 49. Sinais de isquemia

32. Escoriação 50. Sinais de isquemia

33. Escoriação 51. Sinais de isquemia

34. Escoriação 52. Sinais de isquemia

35. Escoriação 53. Sinais de isquemia

36. Escoriação 54. Sinais de isquemia

37. Escoriação 55. Sinais de isquemia

38. Escoriação 56. Sinais de isquemia

39. Escoriação 57. Sinais de isquemia

40. Escoriação 58. Sinais de isquemia

41. Escoriação 59. Sinais de isquemia

42. Escoriação 60. Sinais de isquemia

43. Escoriação 61. Sinais de isquemia

44. Escoriação 62. Sinais de isquemia

45. Escoriação 63. Sinais de isquemia

46. Escoriação 64. Sinais de isquemia

47. Escoriação 65. Sinais de isquemia

48. Escoriação 66. Sinais de isquemia

49. Escoriação 67. Sinais de isquemia

50. Escoriação 68. Sinais de isquemia

51. Escoriação 69. Sinais de isquemia

52. Escoriação 70. Sinais de isquemia

53. Escoriação 71. Sinais de isquemia

54. Escoriação 72. Sinais de isquemia

55. Escoriação 73. Sinais de isquemia

56. Escoriação 74. Sinais de isquemia

57. Escoriação 75. Sinais de isquemia

58. Escoriação 76. Sinais de isquemia

59. Escoriação 77. Sinais de isquemia

60. Escoriação 78. Sinais de isquemia

61. Escoriação 79. Sinais de isquemia

62. Escoriação 80. Sinais de isquemia

63. Escoriação 81. Sinais de isquemia

64. Escoriação 82. Sinais de isquemia

65. Escoriação 83. Sinais de isquemia

66. Escoriação 84. Sinais de isquemia

67. Escoriação 85. Sinais de isquemia

68. Escoriação 86. Sinais de isquemia

69. Escoriação 87. Sinais de isquemia

70. Escoriação 88. Sinais de isquemia

71. Escoriação 89. Sinais de isquemia

72. Escoriação 90. Sinais de isquemia

73. Escoriação 91. Sinais de isquemia

74. Escoriação 92. Sinais de isquemia

75. Escoriação 93. Sinais de isquemia

76. Escoriação 94. Sinais de isquemia

77. Escoriação 95. Sinais de isquemia

78. Escoriação 96. Sinais de isquemia

79. Escoriação 97. Sinais de isquemia

80. Escoriação 98. Sinais de isquemia

81. Escoriação 99. Sinais de isquemia

82. Escoriação 100. Sinais de isquemia

83. Escoriação 101. Sinais de isquemia

84. Escoriação 102. Sinais de isquemia

85. Escoriação 103. Sinais de isquemia

86. Escoriação 104. Sinais de isquemia

87. Escoriação 105. Sinais de isquemia

88. Escoriação 106. Sinais de isquemia

89. Escoriação 107. Sinais de isquemia

90. Escoriação 108. Sinais de isquemia

91. Escoriação 109. Sinais de isquemia

92. Escoriação 110. Sinais de isquemia

93. Escoriação 111. Sinais de isquemia

94. Escoriação 112. Sinais de isquemia

95. Escoriação 113. Sinais de isquemia

96. Escoriação 114. Sinais de isquemia

97. Escoriação 115. Sinais de isquemia

98. Escoriação 116. Sinais de isquemia

99. Escoriação 117. Sinais de isquemia

100. Escoriação 118. Sinais de isquemia

101. Escoriação 119. Sinais de isquemia

102. Escoriação 120. Sinais de isquemia

103. Escoriação 121. Sinais de isquemia

104. Escoriação 122. Sinais de isquemia

105. Escoriação 123. Sinais de isquemia

106. Escoriação 124. Sinais de isquemia

107. Escoriação 125. Sinais de isquemia

108. Escoriação 126. Sinais de isquemia

109. Escoriação 127. Sinais de isquemia

110. Escoriação 128. Sinais de isquemia

111. Escoriação 129. Sinais de isquemia

112. Escoriação 130. Sinais de isquemia

113. Escoriação 131. Sinais de isquemia

114. Escoriação 132. Sinais de isquemia

115. Escoriação 133. Sinais de isquemia

116. Escoriação 134. Sinais de isquemia

117. Escoriação 135. Sinais de isquemia

118. Escoriação 136. Sinais de isquemia

119. Escoriação 137. Sinais de isquemia

120. Escoriação 138. Sinais de isquemia

121. Escoriação 139. Sinais de isquemia

122. Escoriação 140. Sinais de isquemia

123. Escoriação 141. Sinais de isquemia

124. Escoriação 142. Sinais de isquemia

125. Escoriação 143. Sinais de isquemia

126. Escoriação 144. Sinais de isquemia

127. Escoriação 145. Sinais de isquemia

128. Escoriação 146. Sinais de isquemia

129. Escoriação 147. Sinais de isquemia

130. Escoriação 148. Sinais de isquemia

131. Escoriação 149. Sinais de isquemia

132. Escoriação 150. Sinais de isquemia

133. Escoriação 151. Sinais de isquemia

134. Escoriação 152. Sinais de isquemia

135. Escoriação 153. Sinais de isquemia

136. Escoriação 154. Sinais de isquemia

137. Escoriação 155. Sinais de isquemia

138. Escoriação 156. Sinais de isquemia

139. Escoriação 157. Sinais de isquemia

140. Escoriação 158. Sinais de isquemia

141. Escoriação 159. Sinais de isquemia

142. Escoriação 160. Sinais de isquemia

143. Escoriação 161. Sinais de isquemia

144. Escoriação 162. Sinais de isquemia

145. Escoriação 163. Sinais de isquemia

146. Escoriação 164. Sinais de isquemia

147. Escoriação 165. Sinais de isquemia

148. Escoriação 166. Sinais de isquemia

149. Escoriação 167. Sinais de isquemia

150. Escoriação 168. Sinais de isquemia

151. Escoriação 169. Sinais de isquemia

152. Escoriação 170. Sinais de isquemia

153. Escoriação 171. Sinais de isquemia

154. Escoriação 172. Sinais de isquemia

155. Escoriação 173. Sinais de isquemia

156. Escoriação 174. Sinais de isquemia

157. Escoriação 175. Sinais de isquemia

158. Escoriação 176. Sinais de isquemia

159. Escoriação 177. Sinais de isquemia

160. Escoriação 178. Sinais de isquemia

161. Escoriação 179. Sinais de isquemia

162. Escoriação 180. Sinais de isquemia

163. Escoriação 181. Sinais de isquemia

164. Escoriação 182. Sinais de isquemia

165. Escoriação 183. Sinais de isquemia

166. Escoriação 184. Sinais de isquemia

167. Escoriação 185. Sinais de isquemia

168. Escoriação 186. Sinais de isquemia

169. Escoriação 187. Sinais de isquemia

170. Escoriação 188. Sinais de isquemia

171. Escoriação 189. Sinais de isquemia

172. Escoriação 190. Sinais de isquemia

173. Escoriação 191. Sinais de isquemia

174. Escoriação 192. Sinais de isquemia

175. Escoriação 193. Sinais de isquemia

176. Escoriação 194. Sinais de isquemia

177. Escoriação 195. Sinais de isquemia

178. Escoriação 196. Sinais de isquemia

179. Escoriação 197. Sinais de isquemia

180. Escoriação 198. Sinais de isquemia

181. Escoriação 199. Sinais de isquemia

182. Escoriação 200. Sinais de isquemia

183. Escoriação 201. Sinais de isquemia

184. Escoriação 202. Sinais de isquemia

185. Escoriação 203. Sinais de isquemia

186. Escoriação 204. Sinais de isquemia

187. Escoriação 205. Sinais de isquemia

188. Escoriação 206. Sinais de isquemia

189. Escoriação 207. Sinais de isquemia

190. Escoriação 208. Sinais de isquemia

191. Escoriação 209. Sinais de isquemia

192. Escoriação 210. Sinais de isquemia

193. Escoriação 211. Sinais de isquemia

194. Escoriação 212. Sinais de isquemia

195. Escoriação 213. Sinais de isquemia

196. Escoriação 214. Sinais de isquemia

197. Escoriação 215. Sinais de isquemia

198. Escoriação 216. Sinais de isquemia

199. Escoriação 217. Sinais de isquemia

200. Escoriação 218. Sinais de isquemia

201. Escoriação 219. Sinais de isquemia

202. Escoriação 220. Sinais de isquemia

203. Escoriação 221. Sinais de isquemia

204. Escoriação 222. Sinais de isquemia

205. Escoriação 223. Sinais de isquemia

206. Escoriação 224. Sinais de isquemia

207. Escoriação 225. Sinais de isquemia

208. Escoriação 226. Sinais de isquemia

209. Escoriação 227. Sinais de isquemia

210. Escoriação 228. Sinais de isquemia

211. Escoriação 229. Sinais de isquemia

212. Escoriação 230. Sinais de isquemia

213. Escoriação 231. Sinais de isquemia

214. Escoriação 232. Sinais de isquemia

215. Escoriação 233. Sinais de isquemia

216. Escoriação 234. Sinais de isquemia

217. Escoriação 235. Sinais de isquemia





212





**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): Guilherme Viana  
SÉRIE 19 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. 506  
ESTEVÊ INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 506 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 19 / 05 / 19 A 20 / 05 / 19 NECESSITANDO DE  
25 (vinte e cinco) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
Campina Grande 20 / 05 / 19

**AUTORIZAÇÃO**

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO

NOME:	G	S	E	L	E	S	O	U	S	A	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:

Politrao

RAIO X  
REALIZADO EM:  
17/01/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO-X DETONAX DO CENPEU  
RAIO-X DE COLUE AP

RAIO-X DO JOELHO D M. PERSA

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Assinado eletronicamente por: José Antônio D. Padua  
CREMEPE/25449



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

SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES  
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES  
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
1815226

7 - CARTÃO DO SUS  
704707015835240

8 - DATA DE NASCIMENTO  
28/05/1990

9 - SEXO  
Masc ☐ Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO  
83 993703308

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)  
SÍTIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Alagoa Grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP  
250030 PB 58388000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito e eletrocutado  
extra-hospitalar.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão de estirpe

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

CS de crânio e tórax fechados

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
TCE

21 - CID 10 PRINCIPAL  
S06.0

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
NUP

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO  
02

28 - DOCUMENTO  
(X) CNES ( ) CPF

29 - N° DO DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
980016287948286

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
17/01/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO  
( ) CNES ( ) CPF

46 - N° DO DOCUMENTO (CNES/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

07/05/20

TCB

Paciente	Prescrição Médica	Alimentação	Horário	Leito	Convenção	Evolução Médica
Gessy Kelly da Sousa Araújo						
12/01/19	(1) Dieta Geral no					de NCE
	(2) Soro 500ml IV 8/18h					
	(3) Dipirona 3ml + MB IV 8/18h					Assimilação do leite
	(4) Tetraciclina 100mg + MB IV 8/18h					Calor, 31 graus, 32,5 graus
	(5) Cateterização 100mg + MB IV 12/18h					apetite
	(6) Remetida 50mg + MB IV 8/18h					de 24 horas, HED
	(7) Fenilalanina 3ml + MB IV 8/18h					porção da temperatura 38,5
	(8) Neuroleptol 4mg + MB IV 8/18h 5/19					31 graus
	(9) Captopril 25mg + MB IV 8/18h 12/18h					de 12 horas para 24 horas
	(10) Obs. sem febre					
	(11) Informação por aparelho monitoramento					



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Data: 18/01/2019

Hora: 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

Clinica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 8 Diagnóstico:

2-3

DIA 18/01/2019

MÉDICO(A): Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA VIA ORAL	
2	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 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 NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
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 NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	
8	FENITOÍNA SÓDICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT < 70MG/DL	
10	CAPTÓPRIL 25 MG VO, 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO SE PA > 180X110MMHG	
11	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 4h/4h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

rea

rea

sem end

o chip

para

end: upm

Saul C. M. Quinino  
CRM-PB 5737  
CPF: 026.936.394-40





Paciente apresentando explicação medicada e por  
muito tempo, após os cuidados da equipe de  
nível.





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: *Cary Kelly de Jesus Lima*

DN:

PRONT. Nº:

Idade: *20*

PROCEDÊNCIA:

Admissão: *19/01/19*

ALTA: *20/01/19*

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

*Doença de pele no membro superior direito  
(Dermatite de contato)*

Resultado dos principais exames

*Exame físico: sem alterações significativas*

Diagnóstico e complicações

*Dermatite de contato*

Terapia realizada

*Tratamento tópico com corticoides e antipruriginosos*

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

*Bom*

Recomendações médicas para pacientes / egresso

*Evitar contato com alérgenos*

Condição de alta

Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

Transferido para:



**RESUMO DE ALTA**  
**(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

*E. Gley Kelly da Sousa Araújo*  
**IDENTIFICADORA:**

**DN:**

**PRONT. Nº:**

**PROCEDÊNCIA:**

**DATA DE EMISSÃO:** 17/01/19

**DATA DE ALTA:** 20/01/19

**Objetivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)**

*Infarto do miocárdio*

*⊕ Exolúrio ⊕ vômitos*

**Resultado dos principais exames**

*ECG: normal Hx: Temporal ⊕*

**Evolução e complicações**

*sem complicações*

**Terapêutica realizada**

*aspirina, Temporal, aspiração e fisioterapia*

**Diagnóstico (hipotético ou definitivo)**

*TEA*

**Recomendações médicas para pacientes / egresso**

*Dr. Felipe de Araújo*

**Condições de alta**

☐ Curado

☐ A pedido

☒ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para:

*20/01/19*

*ppar*









Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **094.280.554-25**

Nome: **GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/03/2008**

Digito Verificador: **00**

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



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

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



# 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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 094.280.554-25 Nome completo da vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

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

Nome completo: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO CPF: 094.280.554-25  
 Profissão: AGRICULTORA Endereço: SITIO RAPADOR Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PB CEP: 58388-000  
 E-mail: onofre.almeidaandrade@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99994-7360

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 09013  
 AGÊNCIA: 4553 ☐ CONTA: 0418 ☐ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ ☐ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Edilana Gomes Onofre de Araújo  
 Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

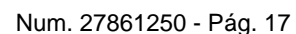
1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
28 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
 Assinatura

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

V001/2018



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
28 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO

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

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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

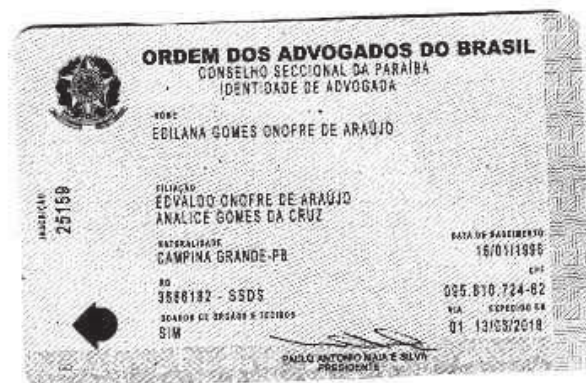
Local e Data: Alagoa Grande, 01 de maio de 2019

Edilana Gomes Onofre de Araújo  
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017









**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 MAIO 2019

PROTOKOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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

## DADOS CLÍNICOS:

Poliúria

RAIO X  
REALIZADO EM:  
17/01/19

## MATERIAL A EXAMINAR:

## EXAMES SOLICITADOS:

RAIO-X DE TÓRAX AP E PERFIL  
RAIO-X DE PÉLVIS AP

-RAIO-X DE JOELHO (D) AP E PERFIL

URGÊNCIA: ☐ROTINA: ☐

DATA:

17/01/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

José Arthur D. Balduino  
MÉDICO  
CREMEPE 25449





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUE  
o.trabalho**



**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**

- 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.


42

Dr. Arthur José Ventura  
CRM/PB: 6481

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









GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Geisy Kelly de Sousa Araújo		
End:	Sítio Rapado	Bairro:	2ª Rural/
Data de Nascimento:	28.05.1990	Documento de Identificação:	Alagoa Grande, 13
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.:	17.01.19
		Hora:	19:13
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	Documento:

### Classificação de Risco

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

### Estratificação

MOD. 110

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

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

Assinatura e carimbo do profissional









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 - Mavinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/01/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Daniela Dos Santos Lima  
PACIENTE: GESSY KELLY DE SOUSA CEP: 58388000 Nascimento: 28/05/1990

ARAÚJO

Endereço: STIO RAPADOR

Sexo: F

Telefone: 993703308

Cidade: Alagoa Grande

Idade: 028

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA

RG:

Nº 0

ARAÚJO

CPF:

Profissão: MANICURE

Responsável:

Data de

CNS: 704707015835240

Estado Civil: Solteiro(a)

Atend: 17/01/2019

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 11:16:23

Especialidade:

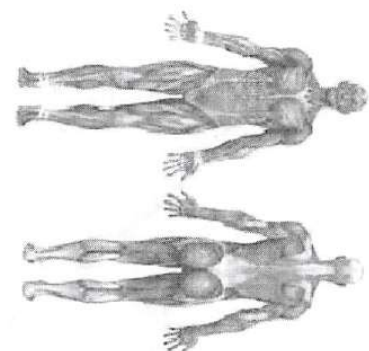
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrazão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalramento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % . Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Poltrona - 7CF

HTCC- Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DAD : LÍNICOS

Acidente relatado, queda de moto em movimento, mas não lembro do momento da queda, na 4ª altura. Após o evento, rubor, prurido, edema, dor, vermelhidão, espantoso. Não fazia uso de qualquer medicamento, dor em plano E.

A = via aérea, patena. Logo Conselho.

B = HV+ AH+ ARA

C = RCR em 21, BCUF 5/5, Tec < 2m

D = renome, quantidade.

E = via aérea, patena. Logo Conselho.

ALERGIA: φ

MEDICAMENTOS: φ

PATOLOGIAS: φ

EXAME FÍSICO

PUPILAS (x) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

do exame: equívoco em hemiflexão D, embudo D, plano E, gelito D e fumele, digito equívoco em coxa D.

Limitação do movimento do joelho D.

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

(x) Radiografias: tórax, pelve, joelho D

(x) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: N/A

Especialista: Ortopedia

Médico SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

1. Duplo Dop - PA, N.

2. Duplo Dop - PA, N.

3. Duplo Dop - PA, N.

4. Duplo Dop - PA, N.

5. Duplo Dop - PA, N.

6. Duplo Dop - PA, N.

CREMEPE







UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma de CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital de Al. Nova

NOME DO PACIENTE: Quisry Kelly de Sousa Araújo

PROCEDÊNCIA:

Encaminhado a pet cuve, 28 anos, diário TCE leve há  
cuve de 5 dias, devido acidente motociclístico. A nome  
apresenta que estava si copacete e não lembra do acidente.  
Vem evoluindo cl apoplexia, náuseas e epistaxe e disar-  
trias.

Ex físico: pncipal, Tórax e abdome si alterações

ECG 15, pupilas isocóricas e fotoreagentes

cd: meningite pl avulsão de NCB

HD: TCE leve.

Att

ALAGORA GRANDE (PB): 17/01/19

Drª Daniela Cunha  
MÉDICA  
CRM-PB: 11732

MÉDICO






EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
ACDEM  
2020/01/31



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

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
--	---------------------	---

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	4 - CNES <b>2362856</b>

<b>Identificação do Paciente</b>	
5 - NOME DO PACIENTE <b>GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO</b>	6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1815226</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>704707015835240</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>28/05/1990</b>
9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO</b>	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> Nº DE TELEFONE <b>993703308</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <b>SÍTIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Alagoa Grande</b>	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>250030</b>
15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58388000</b>

<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Acidente de moto el hematoma extradural.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  <i>Risco de óbito</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>CT de crânio LEx. fechado</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>TCE</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S06.7</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>Ner</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>
28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016287948286</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>17/01/2019</b>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Carimbo: CRM-PB 11.111</i>	

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		

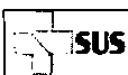
<b>AUTORIZAÇÃO</b>	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>// /</b>
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	







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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES  
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES  
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
1815226

7 - CARTÃO DO SUS  
704707015835240

8 - DATA DE NASCIMENTO  
28/05/1990

9 - SEXO  
Masc ☐ Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO  
83 993703308

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)  
SÍTIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Alagoa Grande

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
250030

15 - UF  
PB

16 - CEP  
58388000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de moto e hematoma  
extradural.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

lesão de crânio

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

CT de crânio / Ex. Lombar

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

21 - CID 10 PRINCIPAL

S06.0

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NEC

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

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

980016287948286

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/01/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /





2-3

2-3

Equipe de Neurocirurgia do Hospital Dom Luiz Gonzaga Fernandes





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

Paciente suscitado, refusa Afetiva  
em unôdes, medicação conforme  
prescrição médica, apresentando lesões  
por várias partes do corpo pue

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

Paciente suscitado não  
refusa graxas médicas  
conforme prescrição médica pue



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Geisy Kelly de Souza Registro:                      Leito: 2-3 Setor Atual:                     

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:                      °C; P:                      bpm; FR:                      irpm; PA:                      mmHg; FC:                      bpm; SPO2:                      %  
HGT:                      mg/dl; Peso:                      Kg; Altura:                      cm Dor: ( ) Local:                      Obs.:                     

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

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                      PCO2                      PO2                      HCO3                      EB                      SpO2                      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

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.





Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocrada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos ( ) Turbância jugular ( )	
Drogas vasoativas: ( ) Quais?	Precordialgia ( )
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo	
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização:	Data da punção: ____/____/____
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:	
<b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.	
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT. Hora:	Data: ____/____/____
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:	
Andamento: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:	
RHA: ( ) Normotivos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipada há ____ dias ( ) Outros:	
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ____ ml/h;	
Aspecto: ( ) Outros: Observações:	
<b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>	
Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocrada ( ) Hipocrada ( ) Rubrica ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Fígado da pele: ( ) Preservado	
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas ( ) Hemorragias de sede: ( )	
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:	Curativo em: ____/____/____
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:	Retirado em: ____/____/____
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição:	Curativo: ____/____/____
<b>CUIDADO CORPORAL</b>	
Cuidado corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória. Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória.	
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro	
<b>SONO E REPOUSO</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:	
<b>4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:	
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/vizinhos ( ) Outros:	
<b>5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>	
Tipo: <input checked="" type="checkbox"/> ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:	
<b>INTERCORRÊNCIAS</b>	
<p><i>paciente apresentando explicação medicada e prescrição médica. Após as atividades da equipe de enfermagem.</i></p>	
<p>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Gabriela P. Batista</i> DATA: <i>17/01/19</i> HORA: <i>15:00</i> h</p> <p><i>ENFERMEIRA</i> COREN: 456.552/PR</p>	

FONTE: BORDINHAO, R.C. Caderno de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2000).





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

REQUISICIONAMENTO PRONTUÁRIO

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

DADOS CLÍNICOS: POLITRAUMA

MATERIAL A EXAMINAR: ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em: 14/01/19

EXAMES SOLICITADOS: USG DE ABDOME (FAST)

URGÊNCIA: ☐ ROTINA: ☐ HORA DA SOLICITAÇÃO: José Arthur D. P. P. Medico  
CREMEPE 25449

DATA: 17/01/19

Não  
estudo.

Ausência de lesões  
método.

de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente

icas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao

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

Observações: - Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretoperitônio, 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.







GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	G E S V R E L L Y D E S O U S A															PRONTUÁRIO
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:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USg DE ABDOME (FAST)

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

17/05/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:  
14/05/19  
José Arthur D. Balduino  
MÉDICO  
CREMEPE 25449









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 vísceras 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.*









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

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	5.900 /mm <sup>3</sup>	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
	(%)	(/mm <sup>3</sup> )
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	236
Segmentados.....	62,0	3.658
Eosinófilos.....	2,0	118
Basófilos.....	0	0
Linfocitos		
Típicos.....	30,0	1.770
Atípicos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	118
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	289.000 mm <sup>3</sup>	140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*Ana Cassia Miguel Agra*  
**Ana Cassia Miguel Agra**  
Biomédica  
CRBM 5411

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

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







ESTADO DA PARAIBA  
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 ]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos

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

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

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

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





EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIRETORIA DO JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL DA COMARCA DE SÃO PAULO  
PROCESSO Nº 0000000-00.0000000-00  
AUTOR: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
REU: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
ASSISTENTE DE ACUSACÃO: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
ASSISTENTE DE DEFESA: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
DETERMINAÇÃO: O JUIZ DE DIRETORIA DO JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL DA COMARCA DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais, determina que o presente processo seja arquivado, por não haver sido oferecida a denúncia pelo Ministério Público em prazo legal.

TERCEIRO: O JUIZ DE DIRETORIA DO JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL DA COMARCA DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais, determina que o presente processo seja arquivado, por não haver sido oferecida a denúncia pelo Ministério Público em prazo legal.

QUARTO: O JUIZ DE DIRETORIA DO JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL DA COMARCA DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições legais, determina que o presente processo seja arquivado, por não haver sido oferecida a denúncia pelo Ministério Público em prazo legal.

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 PARAIBA  
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





ESTADO DA PARAIBA  
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, Depuracao da Creatinina

e Sumario 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 Cassia 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







FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

07 OK

TUE

Paciente	Gissy Kelly da Sousa Araújo, 28/08/1998				Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
12/01/20	(1) Dieta: Geral VO	5N	X Nor				
	(2) SPO <sub>2</sub> 500ml IV 818h	<del>22</del> 06					
	(3) Dipirona 2ml + AD IV 616h	<del>22</del> 06	Acidente de vaso				
	(4) Tramal 100mg + 100ml SF IV 818h	<del>22</del> 06	GIS, 31 focais, cefaleia				
	(5) Cetoprofeno 100mg + 100ml SF IV 1212h	<del>22</del> 06	cefaleia				
	(6) Ranitidina 50mg + AD IV 818h	<del>22</del> 06	CT de vaso: HED				
	(7) Fenitoína 2ml + 100ml SF IV 818h	<del>22</del> 06	ponte de temporal (D) rug.				
	(8) Nausexone 8mg + AD IV 818h. 5N	5N	SIDEM				
	(9) Captopril 25mg VO 170x10	5N	Ods. Intenso p/ obs. neural.				
	(10) Obs. neurologia	CT					
	(11) Interação por arritmia / neurotoxicidade	CT					
	Dr. Paulo CARURÇA NEUR. 4.0.210 CRM 105333						







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

med. ps  
fo=nt  
for o  
som ali  
me  
me

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA VIA ORAL	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06 24 06 18 06
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	18 06
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
6	OMEPRAZOL 40MG E.V. 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
8	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18 06 24 06 18 06
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
10	CAPTOPRIL 25 MG VO, 1COMP, FAZER SE NECESSÁRIO	
11	DECUBITO ELEVADO	
12	DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
13	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO	
	CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

18 (F45) 06 (F47)

MÉDICO(A): Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino /

DIA 18/01/2019

Clinica: A.MARELA Enfermaria: 1 Leito: 8 Diagnóstico:

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

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

DADOS DO PACIENTE:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK 05/07  
7

GOVERNO DA PARAIBA



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



18-01-19

Paciente admitida nesta ala, para tratamento específico,  
sem queixas, segue aos cuidados da enfermagem.

José Kleber  
16288887

18-01-19

20hs

PA - 110x70

José Kleber  
16288887



**RESUMO DE ALTA**  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: *Lucy Kelly de Jesus Almeida*

DN:

PRONT. Nº:

TURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

MISSÃO: *02/01/19*

ALTA: *02/01/19*

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

*Diagnóstico de pneumonia*

*(Pneumonia bacteriana)*

Resultado dos principais exames

*Exames realizados: Hemograma, TGO, TGP, Creatinina, Uréia, Glicose, Colesterol, Triglicerídeos, ProBNP, ECG, Radiografia de Tórax, Ultrassom de Abdome.*

Evolução e complicações

*Evolutione sem complicações*

Terapia realizada

*Terapia realizada: Antibiótico, Analgésico, Hidratação, Oxigênio, Soro.*

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

*Bom*

Recomendações médicas para pacientes / egresso

*Retorno ao médico para acompanhamento*

Condições de alta

Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

Transferido para:









**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

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20013110533259400000026875670
(01) PETICAO INICIAL - 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





(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

