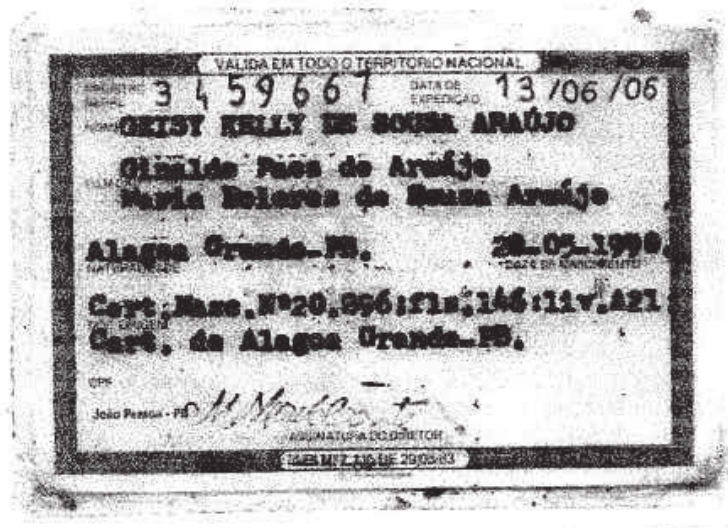




PROTOKOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 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
[Assinatura]
Escrivão(Agente
Matrícula nº 162.464-3

Modelo Delegado 3.4MILTO





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 17698753/0001-1 TEL: (83) 3273-2240

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

Ato Declaratório

DECLARAÇÃO

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



Alagoa Grande, 23 de janeiro de 2019.

Coordenador Samu
Ítalo Agra

ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192





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 - pet. cur. 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.

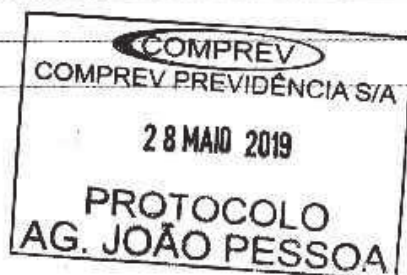
Ex físico: pncap, tórax e abdome si alteração.

ECG 15, pup. las isocólicas e fotomagentos.

cd. imemnta pl. avaliação de NCB.

HD: TCE leve.

Até



ALAGOA GRANDE (PB): 17 / 01 / 19

Dr. Daniela Cunha
RECUSA
CRA-PB-4432

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 PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES. CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/01/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Daniela Dos Santos Lima
PACIENTE: GESY KELLY DE SOUSA CEP: 58388000 Nascimento: 28/05/1990

ARAÚJO
Endereço: Sítio Rapador
Cidade: Mogoa Grande
Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA
Responsável: ARAÚJO
Estado Civil: Solteiro(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Médico: _____

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Paciente relata queda, de moto em movimento, man no ombro da direita, há 4 dias após o evento, relato episódios de vômito, tontura, epistaxe. Não faz uso de remédios.
Exatidão esquelética, dor em gleno e.
A= wa detecta para o lado direito
B= HVT ANT. ARA
C= RER em 27, 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, 76



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
05 (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 Médico - Nº. do CRM

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 080





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO

NOME:	G	S	E	L	E	L	E	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:

17/01/19

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 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
02

28 - DOCUMENTO
(X) CNIS () CPF

29 - N° DO DOCUMENTO (CNIS/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
() CNIS () CPF

46 - N° DO DOCUMENTO (CNIS/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
sua em
D. up
p. ar

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:

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

comprimido Temporal: aspirando e ferido

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

TEA

Recomendações médicas para pacientes / egresso

Dr. Felipe de Araújo

Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☒ Óbito

☒ Melhorado

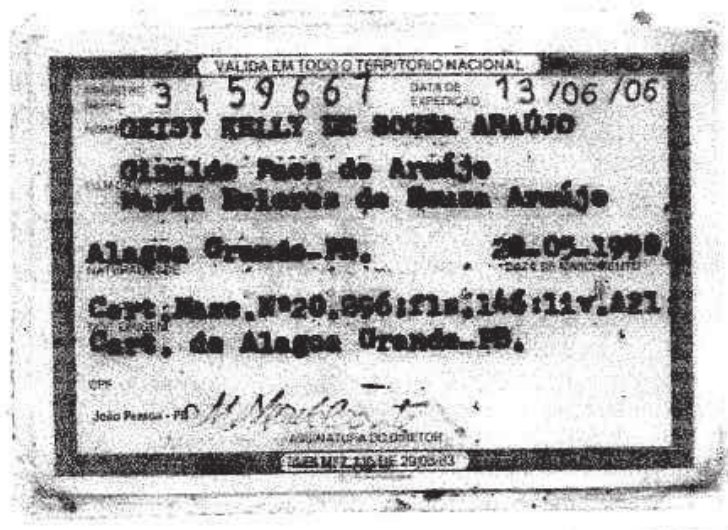
☐ Inalterado

☐ 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 ☐ 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
 Vivos: _____ Falecidos: _____

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

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

TESTEMUNHAS

 1ª Nome: _____
 CPF: _____
 2ª Nome: _____
 CPF: _____
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
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



BANCO DO BRASIL

001-9

BANCO DO BRASIL

001-9

00190.00009 02872.640004 01113.598179 5 78850000004990

Titulo:
 LEMOS & MORAIS LTDA - ME - CNPJ
 05.913.968/0001-22
 Data do documento:
 22/10/2018
 Agência/Código do Beneficiário:
 2872640000113596
 Nosso número:
 2872640000113596
 Valor documento:
 49,90
 (-) Desconto/Abatimento:
 (+) Outras Deduções:
 (+) Juros/Encargos:
 (+) Outros Acréscimos:
 (=) Valor Cobrado:
 49,90

Local de pagamento: Qualquer agência bancária até o vencimento				Vencimento: 10/05/2019	
Beneficiário: LEMOS & MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034				Agência/Código do Beneficiário: 2896-4 / 00010598-8	
Data do documento: 22/10/2018	Número documento: 614201	Espécie Doc.: DS	Acerto: N	Data processamento: 22/10/2018	Nosso número: 2872640000113596
Uso do banco:	Carteira: 17	Espécie: R\$	Quantidade:	Valor documento: 49,90	(=) Valor documento: 49,90
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) SR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA.				(-) Desconto/Abatimento: (-) Outras Deduções: (+) Juros/Encargos: (+) Outros Acréscimos: (=) Valor Cobrado:	
Pagador ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62 RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887 CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58388-000 - EM FRENTE AO TRIUNFO (ADVOGADOS E ASSOCIADOS)					

Sacador/Avalista



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO

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

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

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

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

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

☒ Recuso informar

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

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

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

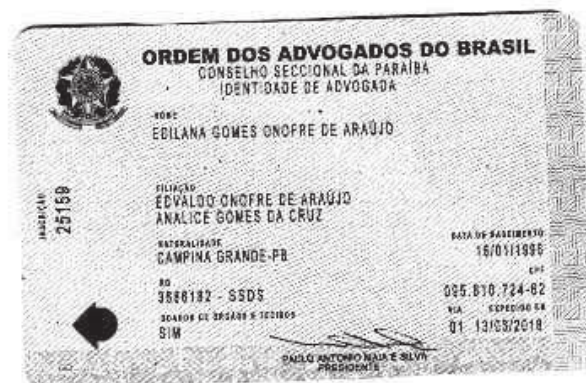
Edilana Gomes Onofre de Araújo
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



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







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
[Assinatura]
Escrivão(Agente
Matrícula nº 162.464-3

Modelo Delegado 3.4MILTO





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:

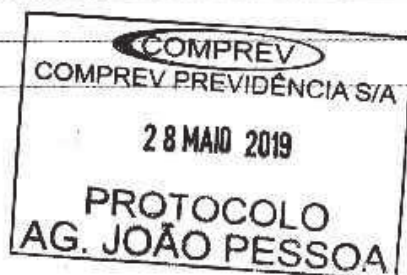
Então, a pet. acima, 28 anos, devido TCE leve há cerca de 5 dias, devido acidente motociclístico. A mesma afirma que estava si capoteada e não lembra do acidente. Vem relatando el. vômitos, náuseas e epistaxe desde então.

Ex físico: pncap, tórax e abdome si alteração.

ECG 15, pupilas isocólicas e foto-argenteas.
cd. imediata pl avaliação de NCB.

HD: TCE leve.

Até



ALAGOA GRANDE (PB): 17 / 01 / 19

Dr. Daniela Cunha
RECUSA
CRA-PB-4432

MÉDICO





GOVERNO
DO 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. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Cuiabá Grande - PB, CEP: 58432-809
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: SÍTIO RAPADOR Sexo: F Telefone: 993703308

Cidade: Magoa Grande Idade: 028 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. Avulsão 21. Hematoma

4. Contusão 22. Injeção de sangue

5. Escoriação 23. Laceração

6. Dor 24. Lesão tendão

7. Edema 25. Luxação

8. Enfisema 26. Mordida

9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal

10. Enfiamento 28. Objeto fixado

11. Escoriação 29. Otite

12. Ferimento 30. Paralisia

13. Ferimento 31. Parestia

14. Ferimento 32. Pericardite

15. Ferimento 33. Queimadura

16. Ferimento 34. Rinite

17. Ferimento 35. Sinais de isquemia

18. Ferimento 36. Sinais de isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIGNOSTICO / CID:

Assinatura e Carimbo do Médico: JOSÉ ANTONIO D. GONÇALVES

http://10.1.1.148/projetohtg/impr/urgencia.php?contar=1814994

HTCG-Pront Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS: LÍNICOS

Paciente relata queda de moto em meio mato, man no ombro do momento da queda, há 4 dias após o evento, relata que se sentiu de vômito, náusea, e fraqueza. Não fazia uso de medicamento.

A = via aérea permeável, não há obstrução

B = HV+ AHT, ARA

C = PCR em 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

D = contagem, contada, 100

ALERGIA: 0

MEDICAMENTOS: 0

PATOLOGIAS: 0

EXAME FÍSICO

PUPLAS 0 Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

do exame: sacos de ar em superfície do ombro E, pos. do

D e E, pos. do, equine, em cor. D.

Limitação do movimento do joelho D.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Radiografias: FAST

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: N.R.

Especialista: Ortopedia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

1

2

3

4

5

6

PREScrições E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

JOSÉ ANTONIO D. GONÇALVES

CREMEPE-PA





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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO

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

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
17/01/19

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO-X DE TÓRAX AP
RAIO-X DE COLUNA AP

RAIO-X DE JOELHO D M. PESSOA

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

17/01/19

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) CNIS () CPF

29 - N° DO DOCUMENTO (CNIS/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
() CNIS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

07/05/20

TCB

Paciente	Prescrição Médica	Alojamento	Horário	Leito	Convenio	Evolução Médica
Gessy Kelly da Sousa Araújo						
Data						
12/01/19	(1) Dieta Geral no					de uso
	(2) Soro 500ml IV 8/18h	08/06				
	(3) Dipirona 3ml + MB IV 8/18h	08/06				Atualize seu caso
	(4) Trocar o soro 500ml IV 8/18h	08/06				Calor, sintomas, e a pele
	(5) Cateterização 100mg + soro 500ml IV 12/18h	08/06				após
	(6) Remover o soro 500ml IV 8/18h	08/06				de uso
	(7) Fenilalanina 3ml + soro 500ml IV 8/18h	08/06				de uso
	(8) Acetaminofeno 500mg + MB IV 8/18h 5ml	08/06				porba da temperatura 38,0
	(9) Cateterizar 100mg + MB IV 8/18h 1,40 x 100	08/06				de uso
	(10) Obs. sobre o soro	08/06				de uso
	(11) Informação por e-mail/instruções	08/06				de uso



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. Kelly da Costa 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, clopidogrel, nifedipina, morfina, oxigeno, aspirina, clopidogrel, nifedipina, morfina, oxigeno

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

TEA

Recomendações médicas para pacientes / egresso

medicamentos e dieta

Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☒ Óbito

☒ Melhorado

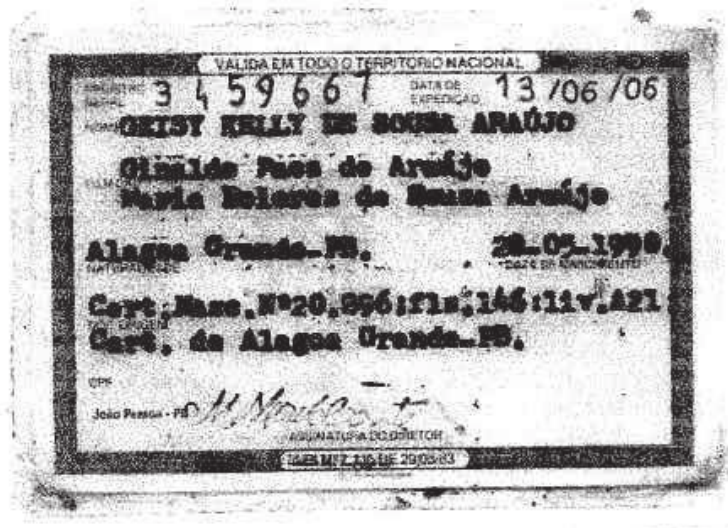
☐ Inalterado

☐ 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 ☐ 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)

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



Código Brasil 001-9

Código
A. A. MORAI LTDA - ME - CNP
0010598-8Data do documento
2019Data do documento
22/10/2018Número do documento
614201Espécie do documento
DSAceite
NData processamento
22/10/2018Nosso número
28726400001113596Valor documento
49,90(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor CobradoInstruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)
SR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA.Pagador
ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62

RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887

CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58388-000 - EM FRENTE AO TRIUNFO (ADVOGADOS E ASSOCIADOS)

Sacador/Avalista
EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013110533366000000026876447

Número do documento: 20013110533366000000026876447

Código Brasil 001-9

001-9

00190.00009 02872.640004 01113.598179 5 78850000004990

Local de pagamento:

Qualquer agência bancária até o vencimento

Vencimento:

10/05/2019

Beneficiário:

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

Agência/Código do Beneficiário:

2896-4 / 00010598-8

Data do documento:

22/10/2018

Número documento:

614201

Espécie Doc.:

DS

Aceite:

N

Data processamento:

22/10/2018

Nosso número:

28726400001113596

Uso do banco:

Carteira:

17

Espécie:

R\$

Quantidade:

Valor documento:

49,90

(-) Valor documento:

49,90

Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)

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

(-) Desconto/Abatimento:

(-) Outras Deduções:

(+/-) Mora/Multa:

(+/-) Outros Acréscimos:

(+/-) Valor Cobrado:

Pagador

Login: egea2

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

RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887

CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58388-000 - EM FRENTE AO TRIUNFO (ADVOGADOS E ASSOCIADOS)

Sacador/Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAÚJO

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

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

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

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

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

☒ Recuso informar

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

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

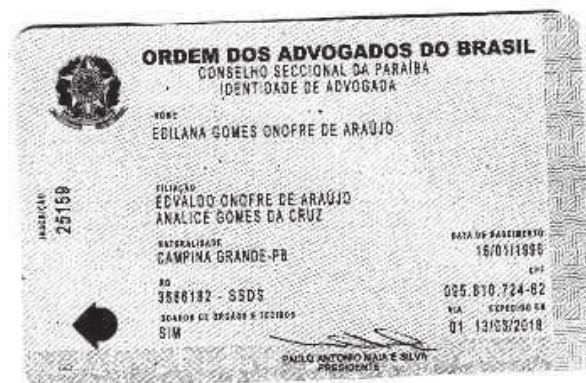
Local e Data: Alagoa Grande, 01 de maio de 2019

Edilana Gomes Onofre de Araújo
Assinatura do Declarante



DLDRLO01 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:

Poliútra

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 mural/
Data de Nascimento:	28.05.1990	Documento de Identificação:	Placa 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:

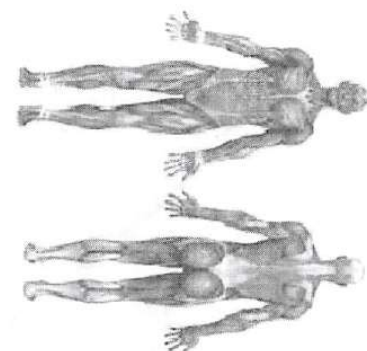
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
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 Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia

OBS:

HTCC- Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DAD : LÍNICOS

paciente relata queda de moto em movimento, mas não lembra do momento da queda, na 4ª altura. após o evento, rubor, espessura da tórax, náusea, epigastria. Não fazia uso de qualquer medicamento, dor em flanco E.

A = úvea, córnea, pupila. - olho esquerdo.

B = HV+ AHT, ARA

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

D = renome, quantidade,

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

ALERGIA: ϕ

Crengos

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow 15 PA HT: Sat02

do exame: equívoco em hemiflexão D, embudo D, flanco E, joelho D e punho, dor, equívoco em coxa D.

Limitação do movimento do joelho D.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

(x) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NA às 13:04 dia 17 de 01 de 2020

Especialista: Ortopedia às 13:04 dia 17 de 01 de 2020

Médico SOLICITANTE: Dr. Arthur D. Brito

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<u>Tratamento de NA.</u>	<u>13:05</u>
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

José Arthur D. Brito

MÉDICO

CREMEPE 15549

REALIZADO EM: 19.01.19

TOMOGRAFIA

REALIZADO EM: 19.01.19



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: Quisy Kelly de Sousa Araújo

PROCEDÊNCIA:

Encaminhado a pet cuia, 28 anos, divido TCE leve há
uma de 5 dias, divido acidente motociclístico. A nome
apresenta que estava si copacete e não lembra do acidente.
Vem evoluindo cl apalmo, náuseas e epistaxe e disar
trias.

Ex físico: pncip, Tórax e abdome si altera

ECG 15, pupilas isocóricas e fotoreagentes

cd: meminto pl avolicep 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

 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 - Nº 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 DD 83 993703308	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 el hematoma estadual.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco de vida					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) CT de crânio LEx. fratura					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL TCE		21 - CID 10 PRINCIPAL S06.7		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA Nep		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
29 - Nº DO 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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Cra. Patricia de Azevedo CRM-PB 11.115	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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 CDD 83 Nº DE TELEFONE 993703308	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) SITIO 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 risco de óbito			
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 hce	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016287948286	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
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
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
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)	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			





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

FONTE: BORDINHAO, R.C. Colata 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

REQUISITANTE: PRONTUÁRIO: LEITO:

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

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.

equipamento dinâmico multifrequencial.
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 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.







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAM

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

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USg DE ABDOME (FAST)

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
14/01/19

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

17/01/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

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 ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
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 ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
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 ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

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 DIREITO DA 1ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES DO JUIZADO CÍVEL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ

PROCESSO Nº 20013110533391900000026877126

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Advogado

CPF: 000.000.000-00

Barra nº 000.000.000-00

Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES DO JUIZADO CÍVEL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ

PROCESSO Nº 20013110533391900000026877126

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Advogado

CPF: 000.000.000-00

Barra nº 000.000.000-00

Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES DO JUIZADO CÍVEL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ

PROCESSO Nº 20013110533391900000026877126

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Advogado

CPF: 000.000.000-00

Barra nº 000.000.000-00

Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DE FAMÍLIA E SUCESSÕES DO JUIZADO CÍVEL DO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ

PROCESSO Nº 20013110533391900000026877126

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Advogado

CPF: 000.000.000-00

Barra nº 000.000.000-00

Assinado eletronicamente por: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 31/01/2020 10:53:34



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	Giesy Kelly da Sousa Araújo, 28/08/2000				Alojamento	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário				Evolução Médica
12/01/20	(1) Dieta: Geral VO	5N					X Nor
	(2) SPO ₂ 500ml IV 818h	22	06				
	(3) Dipirona 2ml + AD IV 616h	22	06				Acidente de vaso
	(4) Tramal 100mg + 100ml SF IV 818h	22	06				GIS, 31 focais, cefaleia
	(5) Cetoprofeno 100mg + 100ml SF IV 1212h	22	06				CT de vaso: HED
	(6) Ranitidina 50mg + AD IV 818h	22	06				pontal de temporal (D) rug.
	(7) Fenitoína 2ml + 100ml SF IV 818h	22	06				SIDEM
	(8) Nausexone 8mg + AD IV 818h. 5N	5N					Ods Intenso p/ obs. neural.
	(9) Captoral 25mg VO 170x10	5N					
	(10) Obs. neurológica	CT					
	(11) Interação por arritmia / neurotoxic	CT					
	Dr. Paulo CARURÇA NEUR. 40.210 CRM-PA 35895						
				</			





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	18/05/1990
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	18/05/1990
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	18/05/1990
6	OMEPRAZOL 40MG E.V. 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h)	18/05/1990
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	18/05/1990
8	FENITOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	18/05/1990
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	18/05/1990
10	CAPTOPRIL 25 MG VO, 1COMP, FAZER SE NECESSARIO	18/05/1990
11	DECUBITO ELEVADO	
12	DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
13	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
14	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 4h/4h	

18/05/1990 (Fnt)

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

Nº do prontuário: 1815226 Paciente: GESSY KELLY DE SOUSA ARAUJO Idade: 028
Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO Data de Nascimento: 28/05/1990 Sexo: F
Clínica: A/MARELA Enfermaria: 1 Leito: 8 Diagnóstico: 2-3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

GOVERNO DA PARAIBA



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)

Carly Kelly de Jesus Almeida
NOME:

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)
Resultado dos principais exames

Exames realizados

Diagnóstico e complicações

Diagnóstico

Terapia realizada

Terapia realizada

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

Terá

Recomendações médicas para pacientes / egresso

Recomendações

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

