



Número: **0800131-93.2019.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **26/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 15.000,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JORGE GARCIA CAJA (AUTOR)	JOSE BECKENBANER GOUVEIA DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19483933	26/02/2019 16:32	Petição Inicial	Petição Inicial
19484018	26/02/2019 16:32	Procuração Jorge Garcia Caja	Procuração
19484037	26/02/2019 16:32	RG, CPF e Com. Res. Jorge Garcia Cajá	Documento de Identificação
19484063	26/02/2019 16:32	Boletim de Ocorrencia e Declaração SAMU Jorge Garcia Caja	Documento de Comprovação
19484095	26/02/2019 16:32	DUT motocicelta Jorge Garcia Caja	Documento de Comprovação
19484115	26/02/2019 16:32	Fotografias Convalescencia Jorge Garcia Cajá	Documento de Comprovação
19484144	26/02/2019 16:32	Atestados Médicos Jorge Garcia Caja	Documento de Comprovação
19484182	26/02/2019 16:32	Prontuário HTCG Jorge Garcia Caja parte 001	Documento de Comprovação
19484206	26/02/2019 16:32	Prontuário HTCG Jorge Garcia Caja parte 002	Documento de Comprovação
19484234	26/02/2019 16:32	Prontuário Médico HAT Jorge Garcia Caja parte 001	Documento de Comprovação
19484259	26/02/2019 16:32	Prontuário Médico HAT Jorge Garcia Caja parte 002	Documento de Comprovação
19484280	26/02/2019 16:32	Prontuário Médico HAT Jorge Garcia Caja parte 003	Documento de Comprovação

SEGUE PETIÇÃO INICIAL ANEXA EM PDF





PROCURAÇÃO PARTICULAR
(AD JUDICIA)

OUTORGANTE: JORGE GARCIA CAJÁ, brasileiro, divorciado, servidor público, RG n.º 1.242.038 SSP/PB, CPF n.º 586.433.384-00, residente e domiciliado no Sítio Pendência, zona rural de Soledade/PB, contato (83)988063555.

OUTORGADO: JOSÉ BECKENBANER GOUVEIA DA SILVA, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PB 12260, e-mail: beckenbaner@bol.com.br, com escritório localizado na Rua Severino Batista Santos, n.º 359, Soledade/PB, Caixa Postal 13, Cel. 83-99058395, Fixo 83-33831757 onde recebe intimações.

Através do presente instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe **PODERES** nos termos do art. 103 do novo Código de Processo Civil, os contidos na cláusula “ad judicium et extra”, para, em nome dos outorgantes, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, nos termos do art. 105 do novo Código de Processo Civil, **PODERES ESPECIAIS** para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais e, especialmente, para patrocinar Ação Judicial em defesa de direito da outorgante.

Soledade/PB, 15 de Janeiro de 2018.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

JORGE GARCIA CAJÁ, brasileiro, divorciado, servidor público, RG n.º 1.242.038 SSP/PB, CPF n.º 586.433.384-00, residente e domiciliado no Sítio Pendência, zona rural de Soledade/PB., DECLARA nos precisos termos do Art. 1º, da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 (dispõe sobre prova documental), para o fim de obter os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, perante este Juízo, que são hipossuficientes na forma da lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Declara ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2.º da supracitada lei), caso o presente documento não porte a verdade.

Soledade/PB, 15 de Janeiro de 2018.


DECLARANTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.242.038 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 19 JUN 1999

NOME JORGE GARCIA CAJÃ

FILIAÇÃO José Garcia de Farias
Rita Cajã de Farias

NATURALIDADE Soledade-PB DATA DE NASCIMENTO 16.04.1966

DOC. ORIGEM Cert. Cas. nº 1.819. Fls. 251V.
Liv. B-5. Cart. Soledade-PB

CPF 586433384-00 PASEP 1100.144.949-9

LEI Nº 7.115 DE 28.03.81

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DI P 61




Jorge Garcia Cajã

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.115 DE 28.03.81

CARTEIRA DE IDENTIDADE



JORGE GARCIA CAJA
SIT ANGIÇO, S/N - ÁREA RURAL
GURJAO / PB CEP: 58670003 (AG. 100)

Emissao: 04/01/2018 Referencia: Jan / 2018
Classe/Subcls: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA
Roteiro: 1 - 103 - 403 - 1340 Nº medidor: 00000778590



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 08.095.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.032.415
Cód. para Deb. Automático: 00006960676

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	04/01/2018	01/02/2018	58643338400 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/656067-6

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com.br/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
05/12/17	15821	04/01/18	15887	1	66	30

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alto	ICMS (R\$)	Base Calc.	Pis (R\$)	Cofins (R\$)
			Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pis/Cofins (R\$)	(1,00539%) (4,7687%)			
0601	Consumo em kWh	66,000	0,367540	24,25	0,00	0	0,00	24,25	0,25	1,16
0601	Adic. B. Vermelha			1,81	0,00	0	0,00	1,81	0,01	0,08
0610	Subsídio			10,39	0,00	0	0,00	10,39	0,11	0,48
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			2,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Revolução Subsídio			-9,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL		29,38	0,00	0,00	0,00	36,45	0,37	1,73

Média últimos meses (kWh) 80 **VENCIMENTO 11/01/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 29,38**

Histórico de Consumo (kWh)

57	78	71	87	79	73	72	71	88	74	10	0
Dez/17	Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17

RESERVADO AO FISCO
aa86.20f3.2491.382f.4746.58b1.0926.bd3c.

Indicadores de Qualidade			
11/2017 - São João do Cariri			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,45	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	22,90		
DIC ANUAL	45,80		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	7,74	0,00	
FIC TRIMESTRAL	15,48		
FIC ANUAL	30,96		
DMIC	8,29		
DIARI	16,58		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	9,41	32,08
Compra de Energia	11,11	37,61
Serviço de Transmissão	1,44	4,90
Encargos Setoriais	2,60	8,35
Impostos Diretos e Encargos	4,82	16,41
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	29,38	100,00

Valor de EUSD (Ref. 11/2017) R\$ 14,47

ATENÇÃO Subvenção DEC. 7.891/13 R\$ 9,79 Isento ICMS **Faturas em atraso**





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE
Rua Prefeito Inácio Claudino, nº 82 - Centro - Soledade - 58155-000 - 83-3383-1551

OCORRÊNCIA Nº 001246/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 001246/17 registrada em 18/12/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos dezoito dias do mês de dezembro do ano de 2017, nesta cidade de Soledade, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SOLEDADE, quando encontrava-se presente o Bel. LAMARTINE LACERDA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:41 horas, compareceu o Sr. JORGE GARCIA CAJÁ, com 51 anos de idade, filho de JOSÉ GARCIA DE FARIAS e RITA CAJÁ DE FARAIS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SOLEDADE - PB, , escolaridade Fundamental Completo, profissão SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL, portador da Cédula de Identidade Nº 1.242.038, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 58643338400, residindo à rua SITIO ANGICO, bairro RURAL, na cidade de GURJÃO - PB.

Declarou que:

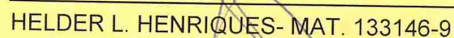
que na data de 16.11.2017, por volta das 10:40 horas na saída da cidade Gurjão para esta cidade de Soledade-PB, vinha conduzindo sozinho a motocicleta tipo HONDA CG 150 TITAN MIX KS, não fab/modelo 2010/2010, cor PRETA, PLACA NQC4507/PB, CHASSI 9C2KC1610AR049206, RENAVAM 0022748752-4, LICENCIADA EM NOME DE FABIA CAMILA PEREIRA DE A. SANTOS, quando, dirigindo sozinho em velocidade compatível, não viu uma vala, ou seja, um buraco, sem sinalização alguma, e ao cair a moto acabou atingido a sua cabeça dentro do citado buraco, cujo local além de não ter nenhuma sinalização era bastante acidentado, tendo sérios riscos devido a queda em um buraco rochoso, tendo sido socorrido imediatamente por uma ambulância da cidade de Gurjão e removido para o Hospital do Trauma em Campina Grande, mas foi transferido para o Hospital Antônio Targino, onde permaneceu por vários dias em coma, além de ter passado por tratamentos médicos particulares, tendo se submetido a cirurgia da cabeça, além de ter sofrido várias sequelas por todo o corpo Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Soledade, Segunda-feira, 18 de Dezembro de 2017



JORGE GARCIA CAJÁ

Declarante



HELDER L. HENRIQUES- MAT. 133146-9

Escrivão



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9168009947

46892163582

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 77148752-4 RNTC 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
FABIA CAMILA PEREIRA DE A SANTOS
SITIO IMPUEIRAS SN
58660000 JUAZEIRINHO-PB

CPF/CNPJ 09662811443 PLACA MQC4507/PB

NOME ANTERIOR
MILSON MALHEIRO MATH.

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1610AR049206

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ATCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN MIX KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
N.Motor : KC16E1A049206

JUAZEIRINHO-PB LOCAL DATA 32875 10/04/2012

7003051

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÁNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

CPF/CNPJ:

ENDEREÇO:

LOCAL:

Juazeirinho - PB 21-07-15
Fabia Camila Pereira de Almeida Santos

- ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
- O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser responsabilizado solidariamente pelas penalidades impostas e causas Brasilero-CTB).
 - O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB), por AUTENTICIDADE.
 - É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

Reconheço a Firma de Fabia Camila
Pereira de Almeida Santos por
autenticidade.

Em test. (F.P.A.) da verdade dou fé
Juazeirinho, 21 de Julho de 2015

Tabella Político

Selo Digital: May 32 209 - IP9X

Lei Estadual nº 10.132 de 06 de Novembro de 2013

Consulte a autenticidade em <https://rsipdigital.tpb.jus.br/>





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que no dia 16 de Novembro de 2017, **Jorge Garcia Cajá** portador da cédula de identidade **1.242.038 SSP/PB** sofreu um acidente automobilístico na zona rural do Município de Gurjão, o paciente foi transferido para o Hospital de Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, pela equipe de saúde da Unidade Mista de Gurjão.

Gurjão PB, 12 de Dezembro de 2017.

Atenciosamente,

Magnólia Patriota Siqueira Campos

Magnólia Patriota Siqueira Campos

COREN/PB 278.785





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011642905342
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0022748752-4 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2014

NOME
FABIA CAMILA PEREIRA DE A SANTOS

CPF / CNPJ 09662811443 PLACA NQC4507/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1610AR049206

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN MIX KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

IPVA COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC / COTAS
IPVA PAGO EM 29/05/2014
FAIXA IPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (RS) IOF (RS) PRÊMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 29/05/2014

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JUAZEIRINHO - LOCAL 29/08/2014 DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011642905342 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

Interlagos **Gesuélio Cosme** **CRENCIADO**
DESPACHANTE Reg.: CFDD 088/00
Disk Emplacamentos
EMPLACAMENTOS 9999-9000 DETRAN - PB

www.seguralider.com.br
1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 29/08/2014

VIA 1 CPF / CNPJ 09662811443 PLACA NQC4507/PB

RENAVAM 00227487524 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN MIX KS

ANO FAB. 2010 CAL. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC1610AR049206

PRÊMIO TARIFÁRIO

*** R\$ (RS) DENATRAN (RS) CUSTO DO SEGURO (RS)

CUSTO DO BILHETE (RS) IOF (RS) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (RS)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.698/0001-04
www.seguradoralider.com.br

36170-1515273-20140829

AUG / 2014



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

- ♦ O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.
- ♦ ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.
- ♦ SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE; INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).
- ♦ SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REÚNA A DOCUMENTAÇÃO ABAIXO INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM: www.dpvatsegurodotransito.com.br). SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R\$ 13.500,00	até R\$ 13.500,00	até R\$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍNCULO COM O FALÉCIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXTENSÃO E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTANTE DO ANEXO DA LEI 8.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM DECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FOREM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS, OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO DA LESÃO E DO(S) EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

♦ PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO À RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

♦ IMPORTANTE:

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

♦ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

♦ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGADA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

♦ O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 8.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

♦ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

♦ O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.

♦ O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATORIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 684/1986).

♦ 80% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATORIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 48% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.212/1991).

• 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENDEMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
Seguradora Líder - DPVAT. www.dpvatsegurodotransito.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCALS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMÁIS DÚVIDAS.



DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO, RESEGURO E CORRETORES DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN







ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Maqs Faicis Cassi,

portador da carteira profissional Nº _____/_____,

esteve internado nesse nosocômio de 17 / 11 / 17^a

24 / 11 / 17, necessitando de 60 dias

de afastamento de suas atividades laborais

a partir desta data por motivo de doença.

CID S06

Campina Grande, 24 / 11 / 17

Dr. Rafael R. Holanda
NEUROLOGIA - NEUROCIURGIA
CRM-PB 1291

Ass. Médico - CRM

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

sonos enod esp

portador da carteira profissional Nº 1

esteve internado nesse nosocômio de 28/11/17 à

04/12/17, necessitando de 3 (TRINTA)

dias de afastamento de suas atividades trabalho

a partir desta data por motivo de doença.

CID S06

Campina Grande, _____ / _____ / _____

Ass. Médico - CRM

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
S
B 02 DEZ. 2017 N
N
CRM-PE 5052 / CRM-PE 14507

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br





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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1544188 CLASS. DE RISCO: VERMELHO 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: 16/11/2017 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: JORGE GARCIA CAJA Endereço: SÍTIO PENDÊNCIA CEP: 58670000 Nascimento: 16/04/1966

Sexo: M Telefone: 987810948

Idade: 051 Bairro: ZONA RURAL

RG: Nº: 0

CPF: Profissão:

Data de Atendi: 16/11/2017 CNS: 700800454767487

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO CONVÊNIO: SUS

Médico: Hora: 12:26:05 Especialidade:

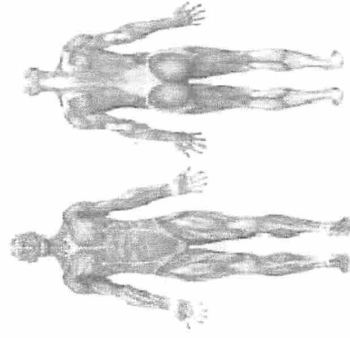
CRM:

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. Empalhamento
- 9. Entesíma subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortivo
- 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. Inguirramento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinosa
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encaixado
- 29. Otorrágia
- 30. Paralisia
- 31. Parestia
- 32. Parastasia
- 33. Queimadura
- 34. Rinoorrágia
- 35. Sinais de Isquemia



OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau DIGNOSTICO / CID: TOLLITRANINA

http://10.1.1.148/projetohctg/impreurgencia.php?contar=1544188

cinzeira

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS Paciente de entrada no serviço com queixa de queda de auto, Refeição por um mês, Nega perda de consciência e vômitos.

TOMOGRAFIA REALIZADA Nº: 16111111

ALERGIA: MEDICAMENTOS: Nega N2 Acetato de acetato com HEP B e Hep A 10 PATOLOGIAS: Nega N2 Tomografia

EXAME FÍSICO PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: EGR. COLE, ANJICÁLICO, AGRON. VAS. ATEROÍD. PERÍCARIA. CERVOLO COM DOZ DE LEVE INTERMIDIAPE, RECIPIENTE JEM. US. DE MÚLTIPLOZ. OCCORR. (SEM EFETU) APROXIM. LEB. UM INÍCIO SUPERIOR COM HEMORRAGIA ATIVA, CONJUNTE E ORIENTADO.

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Ultrassonografia: () Radiografias: () Gasometria arterial () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Especialista: NCR / autopeca

Especialista: BMEFI às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SM 2.000	16/11/17
2	Fibraf 40	16/11/17
3	Diuro 2	16/11/17
4		
5		
6		

RAIO X REALIZADO EM 16/11/17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gabriel Roberto Cirurgião de Trauma CRM-PB: 7.983



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente de trânsito com fratura da tíbia e fêmur da perna esquerda. A solicitação é para avaliação e tratamento.

Dr. André Ribeiro Araújo de Menezes
Traumatologia/Ortopedia
CRM/PB 5293



CD: Sutura
Reavaliação BNF após avaliação do neuro

Paciente vítima de queda de metal no momento consciente e orientado. Apresenta ferimentos com contusão em região frontal, lábios superior e inferior. Ao exame radiológico, fraturas expostas, fratura da maxila parieto-odontoma + fratura de zygoma.

0MF

SERVIÇOS REALIZADOS:		CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

DESTINO DO PACIENTE / / ____ às ____ hs.

- () Centro cirúrgico
- () Internação (setor) () Alta hospitalar / () Já revela () Decisão Médica
- () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

Camilla G. de Almeida
Ass. do paciente (ou responsável quando necessário)





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Hange Garcia Cape	
End:	Bairro:	Zona Rural
Data de Nascimento:	06.04.66	Documento de Identificação: 691466
Queixa:	Ac. de	Data do Atend.: 16.02.14 Hora: 2:20 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	72
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 110

Estratificação

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

() Amarelo - atendimento até 24 horas
() Azul - atendimento até 72 horas

Assinatura e carimbo do profissional


Dr. Priscilla Rêgo
ENFERMEIRA
COREN: 729633



CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
28/12/2017
ASS. *[Handwritten Signature]*



Data da internação: 16/11/2017 Hora: 14:53:38

	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 JORGE GARCIA CAJA		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1544291
7 - CARTÃO DO SUS 700800454767487	8 - DATA DE NASCIMENTO 16/04/1966	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL RITA GARCIA CAJA		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 987810948
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO PENDENCIA , 0 , ZONA RURAL		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Gurjão	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 250650	15 - UF PB
16 - CEP 58670000		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="text-align: center; color: blue;"> Paciente vítima de acidente de moto com trauma craniofacial TC cranio: HED bilateral </p>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="text-align: center; color: blue;"> Paciente de risco </p>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="text-align: center; color: blue;"> TC de Crânio </p>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <p style="text-align: center; color: blue;"> Hematoma Extradural </p>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <p style="text-align: center; color: blue;"> Internação </p>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <p style="text-align: center; color: blue;"> NCR </p>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285871707		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE VALBER THADEU DO VALE VITORINO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/11/2017
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
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)	



Para a realização de reunião de trabalho
de caráter informativo - em
virtude do CFH - em 27

de 2019.

Assinado eletronicamente por:

JOSE BECKENBANER GOUVEIA DA SILVA

26/02/2019 16:18:23



Data da Internação: 16/11/2017 Hora: 14:53:38

 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 JORGE GARCIA CAJA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1544291
7 - CARTÃO DO SUS 700800454767487	8 - DATA DE NASCIMENTO 16/04/1966
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83 987810948
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL RITA GARCIA CAJA	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SITIO PENDENCIA , 0 , ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Gurjão	14 - CÓDIGO MUNECPID 250650
15 - UF PB	16 - CEP 58670000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Pacient vítima de acidente de moto com trauma craniofacial TC cranio. HED bilateral

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Pisco de moto

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
TC de Cranio

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Hematoma Extracranial

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>A/CZ</i>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016285871707
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE VALBER THADEU DO VALE VITORINO	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/11/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº 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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Paciente:		JORGE GARCIA CAJA		HED BILATERAL	
		Prescrição Médica		EVOLUÇÃO MÉDICA	
16/11/2017		DIETA ZERO		NCR	
		SF 0,9% 500ML EV 6/6H			PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA
		SG 5% 1000ML IV 24H			CRANIOFACIAL
		FENITOINA 100MG IV 8/8H			AO EXAME: GLASGOW 14
		DIPIRONA 1AMP + AD EV 6/6H			EQUIMOSE OLHO DIR, <i>duço, bilateramente</i>
		OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			SEM DÉFICITS APARENTES
		Nauseadron 8mg + AD EV 8/8h s/n			TC DE CRÂNIO: HED TEMP DIR + HED TEMPORO
		HGT DE 6/6HRS - IR SC CONFORME PROTOCOLO			PARIETAL ESQ, SEM DESVIO DE LINHA MÉDIA
		GHT 50% 3AMP EV SE HGT<70MG/DI			SEM EFEITO DE MASSA IMPORTANTE
		LOSARTANA 50MG SNE SE PA> 170X110			CD: INTERNO PARA NCR
		MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMETROS EM VERMELHA			OBSERVAÇÃO NÍVEL CONSCIÊNCIA
		CABECEIRA ELEVADA 30°			
		SSW+CCGG			

16/11/2017 15:30:00
 Equipe de Neurocirurgia



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
 DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
 FOLHA DE CONTROLE E BALANÇO HÍDRICO

NOME: João Garcia Cayo HD: TCE SETOR: A. Emergência LEITO: 10 DATA: 16/11/17

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H	
HORÁRIO										(16)															
P. ARTERIAL										126/80															121/80
PULSO/FC										89															103
TEMPERATURA										36,2															36,2
RESPIRAÇÃO										22															
SAT. O2										-															
PVC										-															
PIA										-															
HGT										150															133
I N F U S O E S										V	E	N	O	S	A	S									500
SF 0.9%										500															200
SRL										500															
SG 5%										5															
SORO EXTRA																									
SEDAÇÃO																									
ANALGESIA																									
MEDICAÇÕES																									
NORA																									
DORA																									
HEMODERIVADOS																									
NPT																									
I N F U S O E S										V	E	N	O	S	A	S									
DIETA																									
ÁGUA																									
MEDICAÇÕES																									
D R E N A G E N S																									
SNG/VÔMITOS																									
FESES																									
DIURESE																									
HEMODIALISE																									
DRENO TÓRAX D																									
DRENO TÓRAX E																									
DRENO SUÇÃO																									
D. CAVITÁRIO																									
DVE																									
GANHOS 12H DIA=																									
PERDAS 12H DIA=																									
GANHOS 24H DIA=																									
PERDAS 24H + 1000ML =																									
GANHOS 12H NOITE =																									
PERDAS 12H NOITE =																									
GANHOS 24H =																									
PERDAS 24H =																									

ASSINATURA: _____





Prontuário 932122	Atendimento 2264617	Reserva/Guia *0*
-----------------------------	-------------------------------	----------------------------

Paciente JORGE GARCIA CAJA [CPF: 58643338400]	Sexo Est. Civil M Divorciado	Dt Nasc. 16/04/1966	Telefone 1242038	R.G. 1242038	Código CNS 700800454767487
Endereço PENDENCIA Bairro ZONA RURAL	Num. Complemento	Cidade SOLEDADE	Profissão	COMISSÃO DE ARQUIVO	
Nome da Mãe RITA CAJA DE FARIAS	Endereço SITIO	Cidade SOLEDADE	Data 17/11/2017 Hora 15:09		
Responsável JORGE GARCIA CAJA	Cidade SOLEDADE	→ 988346800 Danielle (filha) → 988063555 Jealison (filho)			
Bairro ZONA RURAL	COMISSÃO DE ARQUIVO Dra. Marluce Dr. Ítalo César Enf. Andreza D. Adriano Holanda Prof. Dr. Luciano Holanda NEFROLOGIA CRM 12948 www.lucianoholanda.med.br				

Médico Atendente 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]	Médico Acompanhante 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]
Procedimento	Cid
Setor 3009 SECRETARIA SUS	Origem
Acomodação POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:	Data
Data mín. para alta - 17/11/2017	Data máx. para alta - 17/11/2017
Convênio 50 SUS	Atendente - SOCORRO

Resumo de Tratamento			
Acompanhante.....? [] Sim [X] Não	Data admissão 17/11/2017	Data alta	24, 11, 17
Internação anterior...? [] Sim [] Não	Hora admissão	Hora alta	08:00
Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: []	Clinica..: Médica.....: []		
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: []	Cirúrgica.....: []		
Transferido....: [] Falecimento....: [] Evasão.....: []	Obstétrica...: []		

Diagnóstico:	TCE (Hematoma extenuado)		Cid
Internação.:	0415030013		FG2, 1
Definitivo...:			X, 599

Histórico:

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Alta - 1	Perm - 2	Transf - 3	Óbito - 4	Raio X:	Uti	Entrada	Saída	Carimbo e Assinatura do Médico
				[] Simples	Entrada 17, 11, 17	Saída 22, 11, 17		
				[] C/Contraste				
Motivo								
[]	[]	Sangue..: []	Rh...: []	[]	[]	[]	[]	[]
Caract. Trat. [] [] [] [] [] [] [] [] []								

~~TOMOGRAFIA~~
18/11/17
Assinatura

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
COLETA: 17/11/17
HORA: 22:40
RESPONSÁVEL: Jealison

TOMOGRAFIA
17/11/17
Assinatura



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: *João Carlos*

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO: TCE

DATA: 17/11/17

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente com quadro de
trauma em membros após
acidente.
 PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS
Atualizado para UT
 Prof. Dr. Luciano Holanda
 NEUROCIURGIÃO
 CRM 2948
www.lucianoholanda.med.br





HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome Paciente:

Josef Pedro Lage

Idade:

Médico(Dr.):

DATA

EVOLUÇÃO

DATA

EVOLUÇÃO

14/11/17 At Power de vi

Paciente encaminhado ao hospital de tratamento de doenças crônicas, atendido, apresentando sintomas de TCE em contínuo tratamento.

Ass: AD V. D. B. [Signature]

Dr. B. B. B. [Signature]
Rua PB 5663

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



DATA: 17/11/17

Nome	Jorge Goulart Costa	Idade:	79
DIH:	APM		

Diagnóstico:

- TCA
- contusão cerebral

História da Moléstia atual: Paciente atendido pelo Hospital de Neurologia e Neurocirurgia geral com diagnóstico de contusão cerebral, hemorragia intracraniana, com administração de tiazolamida.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões		ATB:	
ATB:		ANALG:	paracetamol
DVA:		PROFXS:	
SED:		OUTROS:	
DIETA:	líquida		

Controles:			
FC:	81	PA:	160x90
DIURESE:	APM	BH:	Ø
SAT O2:	99%	SECREÇÃO:	-
		TEMP:	36°C
		EVAC:	

Dispositivos:			
1-	cano central	Data:	2- SUP
3-		Data:	

Respiração espontânea:

Ventilação mecânica:

Modo:	FR:	VC:
FIO2:		SAT. O2:

Exame Físico:

AV: Rubor em 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º.

18/11/17 JG

Neurofisiologia

Dr. Eron Maciel Jerônimo
MÉDICO
CRM-PB. 5883

Dr. Vitor Clementino de Araújo
MÉDICO
CRM-PB. 3024

Dr. José da Costa Leão Segundo
Neurologia - Neurocirurgia
CRM 4054-PB



DATA: 18/11/17

Nome: JORGE GARCIA COFA Idade: 51A
 DIH: _____ DI CTI: _____

Diagnóstico: TCE + CONTUSÃO CEREBRAL
POE NRE - HES

História da Intoxicação Atual: Alcoolismo crônico e uso de cocaína
presente hemiparesia de face -
hemiparesia de membros superiores + a E

Antecedentes Patológicos: _____
 Medicamentos de uso prévio: _____
 Internações: _____

Infusões:		
ATB:	<u>Ceftriaxona 1000</u>	ATB: <u>-</u>
DVA:	<u>SN</u>	ANALG: <u>+</u>
SED:	<u>SN</u>	PROFXS: <u>+</u>
DIETA:	<u>ZERO</u>	OUTROS: <u>+</u>

Controles:			
FC:	<u>78 bpm</u>	PA:	<u>120/70 mmHg</u>
DIURESE:	<u>2200 ml/24h</u>	BH:	<u>Epistax</u>
SAT O ₂ :	<u>94%</u>	SECREÇÃO:	<u>-</u>
		TEMP:	<u>36.5°C</u>
		EVAC:	<u>-</u>

Dispositivos:			
1- <u>SND</u>	Data:	2- <u>Arrolo remoto</u>	Data:
3- _____	Data:	4- _____	Data:

Respiração espontânea:

Ventilação Mecânica:			
Modo:	<u>CPAP</u>	VC:	
FiO ₂ :		SAT O ₂ :	<u>94%</u>

Exame Físico: Jejum. Condições de visibilidade
normais - NDI
sem turgor
Arteriais NDI
sem edema

Dr. Jairo Clementino de Araújo
 CRM-PB 3024
 PE-132 088 034-34



DATA: 19/11/17

Nome: Luiz Carlos Costa Idade: 61 anos
 DIH: B: DVA DTI: B: DVA

Diagnóstico:
 - cefaléia anterior orbital
 - 12/14 HED
 - fratura maxila esquerda

História da Moléstia Atual:
paciente evoluiu de estado geral regular com início de dor
de cabeça no topo da cabeça a direita quando acordou
sem insônia e vômitos, não houve febre, não houve
perda de consciência, não houve medicações prévias, não houve
antecedentes patológicos / Medicamentos de uso prévio Internações
previdas em tempo
a esquerda

Infusões:
 ATB: ceftriaxona ATB: FORAM
 DVA: --- ANALG: ---
 SED: --- PROFXS: ---
 DIETA: líquida OUTROS: ---

Controles:
 FC: 98 bpm PA: 110x100 mmHg TEMP: 36,8°C
 DIURESI: 1.800 ml BH: sem vômitos EVAC: ---
 SAT O2: 90% SECREÇÃO: ---

Dispositivos:
 1- plano u perifer. Data: 2- 5/17 Data:
 3- Data: 4- --- Data:

Respiração espontânea:
 Ventilação Mecânica:
 Modo: --- FR: --- VC: ---
 FIO2: --- SAT. O2: ---

Exame Físico:
 ACV: RCA em A/Angos e BCF
 AR: 140 A/P/A, m. t.t.t.
 Neuro: sem sintoma de obstrução ocular no chomado.
espelho, comontes pupilas isocólicas e de reat. 4/4
co/- hipocólicas mto
- prescrito paracetamol

Dr. Dorgival José de A. Júnior
 MÉDICO
 CRM-PB 7190



CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 21/11/17

Nome: <u>João de Deus Costa</u>	Idade: <u>51</u>
DH: <u>21/11/17</u>	DIETA: <u>4-7H</u>

Diagnósticos:

- TCE / Uniflex Uniflex
- PA HED
- Exatol monol (E)

História da Moléstia Atual:

paciente admitido em UTI com quadro de
regulação hemodinâmica, controle de glicose
hemodinâmica, controle de glicose, febre

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB: <u>Uniflex</u>	ATB: <u>-</u>
DVA: <u>-</u>	ANALG: <u>Par</u>
SED: <u>-</u>	PROFXS: <u>Par</u>
DIETA: <u>oral</u>	OUTROS: <u>-</u>

Controles:

FC: <u>115 bpm</u>	PA: <u>150 x 90</u>	TEMP: <u>36,2°C</u>
DIURESE: <u>1950 ml</u>	BH: <u>normal</u>	EVAC: <u>-</u>
SAT O ₂ : <u>96%</u>	SECREÇÃO: <u>-</u>	

Dispositivos:

1- <u>limbo univ</u>	Data: <u>2-</u>	<u>ND</u>	Data:
3-	Data: <u>4-</u>		Data:

Respiração espontânea:

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR:	VC:
FIO ₂ :		SAT. O ₂ :

Exame Físico:

AV: pulso em 4+
AR: murmurantes
AB: fôlego normal
Ext: membros inferiores
ur: urina normal

Dr. Eron Maciel Jerônimo
MÉDICO
CRM-PB. 5863



Nome: Jorge Garcia Caja Idade: 57a
 DIH: Jorge Garcia Caja DI CTI:

Diagnóstico: # TCE / PO de hemiparesia extrínseca.
fratura osso da face

História da Doença Atual: paciente evolui com regular / acordado, respi-
ração espontânea regular, admissão, hipotensão
e um membro afetado.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:
 ATB: Ceftriaxona (18.11) ATB: /
 DVA: 200 ml ANALG: 3/N
 SED: 200 ml PROFIX: Sim
 DIETA: Oral normal VO OUTROS: /

Controles:
 FC: 100 PA: 150/90 TEMP: 38,2
 DIURESE: 3.300ml BH: -558ml EVAC:
 SAT O2: 98% SECREÇÃO:

Dispositivos:
 1- Accesso venoso Data: 2- SND Data:
 3- Data: 4- Data:

Respiração espontânea:

Ventilação mecânica:
 Modo: FR: VC:
 FIO2: SAT. O2:

Exame Físico: paciente evolui com regular e respiração espontânea. RCR, BNF.
depressão plana, depressão RNAT
GO - Depressão de base regular.
Ext. membros - perfusão periférica regular.
 At. V.M.

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 Rua 1058 - Vila Vitoria Farias
 CEP 3313 - 017 - 313.084.924-20

22/11/17
 Oltos CTI

AN JARU... 2017 DE ARZIL...
 2017



PRESCRIÇÃO

DATA:	17/11/17	CONVÊNIO:	SUS	LEITO: 12
DIA:		PRONTUÁRIO:		
NOME:	JORGE GARCIA CAJÁ			
IDADE:	51A	SEXO:		
DIAGNÓSTICO:	TCE / CONTUSAO CEREBRAL			

OXIGÊNIO	
DATA: ___/___/___ LIGADO(H): _____ ASS: _____	
DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____	

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS			
01. DIETA ZERO				
02 MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	-			
03 O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =	-			
04 CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =	-			
05 SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM	-			
06 ACESSO VENOSO CENTRAL ACM	-			
07 SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =	-			
08 SVD/SVA ACM	-	18		
09 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	18	20:40		
10 FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	18	20:40		
11 SRL 500ML EV 6/6H		24		06
12 ANTAK 1AMP + AD EV 12/12H				06
13 DECADROM 4MG EV 8/8H		22		06
14 HIDANTAL 2ML + AD EV 8/8H		22		06
15 DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6H		24		06
16 NAUSEDROM 1AMP + AD EV S/N				
17 CAPOTEN 25MG SL S/N				

Dr. Bren Maciel Jerônimo
MÉDICO
CRM-PB. 5863

Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO

DATA:	18/11/17	CONVÊNIO:	SUS	LEITO:
DIA:		PRONTUÁRIO:		12
NOME:	JORGE GARCIA CAJÁ			
IDADE:	51A	SEXO:		
DIAGNÓSTICO:	TCE / CONTUSAO CEREBRAL			

OXIGÊNIO	OXIGÊNIO
DATA: ___/___/___ LIGADO(H): _____ ASS: _____	DATA: ___/___/___ LIGADO(H): _____ ASS: _____
DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____	DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS					
DIETA ZERO ATÉ 2ª ORDEM						
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA	-					
O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =	-					
CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =	-					
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM	-					
ACESSO VENOSO CENTRAL ACM	-					
SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =	-					
SVD/SVA ACM	-					
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	8:30	12:30	14:30	21:20		
FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	8:30	12:30	14:30	21:20		
SRL 500ml EV 6 X 6 h	(12)	18	18	24	06	
RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h			18		06	
DECADRON 4mg EV 8 X 8 h		14		22	06	
HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h	CC	14		22	06	
DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	(12)	18		24	06	
NAUSEDRON 8mg IV SN						
CAPOTEN 25mg SL SN		14				
CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (D0=18/11) DIA 00	10			22		
TRAMAL 100mg + SF 100ml IV SN						
DECUBITO ELEVADO	CT					
SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT					

PACIENTE MEMBRO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS

Dr. João Clementino de Araújo
CRM nº 152.051/034-34
Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO

DATA:	19/11/17	CONVÊNIO:	SUS	LEITO:	06
DIA:		PRONTUÁRIO:			
NOME:	JORGE GARCIA CAJÁ				
IDADE:	51A	SEXO:			
DIAGNÓSTICO:	TCE / CONTUSAO CEREBRAL				

GÊNIO		OXIGÊNIO	
A: ___/___/___ LIGADO(H): _____ ASS: _____	DATA: ___/___/___ LIGADO(H): _____ ASS: _____		
A: ___/___/___ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____	DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____		

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS				
DIETA ZERO ATÉ 2ª ORDEM <i>modi/co</i>					
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA					
O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =					
CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =					
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM					
ACESSO VENOSO CENTRAL ACM					
SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =					
IVD/SVA ACM					
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	9	15	21		
FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA		15	21		
FR 500ml EV 6 X 6 h	12	18	24	06	
RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h			18		06
DECADRON 4mg EV 8 X 8 h		14	22		06
MIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h		14	22		06
DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	12	18	24	06	
NAUSEDRON 8mg IV SN					
CAPOTEN 25mg SL SN					
CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (D0=18/11) DIA 01	10		22		
FRAMAL 100mg + SF 100ml IV SN *					
DECUBITO ELEVADO	CT				
SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT				
CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT				
<i>ginto / via oral / aux. lio.</i>	15				
<i>deputado / grupo 10 12/12h.</i>	10		22		
<i>100mg / grupo 6 / SIN.</i>					

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

Dr. Italo César da Silva Siqueira
CRM 6189 - CPF 031.110.224-71

Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO

DATA:	20/11/17	CONVÊNIO:	SUS	LEITO:
DIA:		PRONTUÁRIO:	932122	06
NOME:	JORGE GARCIA CAJÁ			
IDADE:	51A	SEXO:	MASCULINO	
DIAGNÓSTICO:	TCE / CONTUSAO CEREBRAL			

GÊNIO		OXIGÊNIO	
A: ___/___/___ LIGADO(H): _____ ASS: _____	DATA: ___/___/___ LIGADO(H): _____ ASS: _____		
A: ___/___/___ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____	DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H): _____ ASS: _____		

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS					
	08	11	14	17	20	
DIETA HIPOSSÓDICA VO						
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM						
ACESSO VENOSO CENTRAL ACM						
SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
SVD/SVA ACM						
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA						
FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
SRL 500ml EV 6 X 6 h						
RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h						
DECADRON 4mg EV 8 X 8 h						
HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h						
DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h						
NAUSEDRON 8mg IV SN						
CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg						
CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (D0=18/11) DIA 02						
TRAMAL 100mg + SF 100ml IV SN *						
LOSARTANA 50mg VO DE 12/12h						
ANLODIPINO 10mg VO DE 12/12h						
DECUBITO ELEVADO	CT					
SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT					
<i>Neurine 3mls</i>						
<i>gammacort 1amp + 10ml do =</i>						
<i>adren 3ml ACM</i>						

Dr. Doreival José de A. Júnior
MÉDICO
CRM-PB 7190
Assinatura do Médico

