

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JORGE GARCIA CAJA**

Nº Sinistro: **3180352427**

Vitima: **JORGE GARCIA CAJA**

Data do Acidente: **16/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180352427**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13197016



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JORGE GARCIA CAJA
Nº Sinistro: 3180352427
Vitima: JORGE GARCIA CAJA
Data do Acidente: 16/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180352427**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13197131



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180352427

Vítima: JORGE GARCIA CAJA

Data do Acidente: 16/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JORGE GARCIA CAJA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

P. Para esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0808 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

586.433.384-00

Nome completo da vítima

JORGE GARCIA CASA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JORGE GARCIA CASA		CPF titular da conta 586.433.384-00	Profissão SER. PUBLICO
Endereço SITIO ANGICO		Número	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade GURJAO	Estado PB	CEP 58155000
Email			Telefone (DDD) (83) 988063555

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)							
BANCO Nome BRADESCO / SA		NRO 237					
AGÊNCIA NRO. 0493		DV 6		CONTA NRO. 02017520		DV 	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GURJÃO, 06 de Fevereiro de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

586.433.384-00

Nome completo da vítima

Jorge Garcia Cajá

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JORGE GARCIA CAJÁ		CPF titular da conta 586.433.384-00		Profissão SERV. PÚBLICO	
Endereço SÍTIO ANGILO			Número -		Complemento -
Bairro ZONA RURAL	Cidade GURJÃO		Estado PARAÍBA	CEP 58670-000	
Email				Telefone (DDD) (83) 988063555	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BRADESO/SA NRO 237			
AGÊNCIA NRO. 0493 (Informar dígito se existir)	D/V 6	CONTA NRO. 02017520 (Informar dígito se existir)	D/V -				

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GURJÃO, 06 de fevereiro de 2018.

Local e Data

[Assinatura do Beneficiário]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 586.433.384-00	Nome completo da vítima JORGE GARCIA CAJA
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JORGE GARCIA CAJA		CPF titular da conta 586.433.384-00	Profissão SERV. PUBLICO
Endereço SÍTIO ANGICO		Número	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade GURJAU	Estado PB	CEP 58670-000
Email			Telefone (DDD) (83) 988063585

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00			
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BRADESCO S/A NRO. 0201452	
AGÊNCIA NRO. 0493 D/V 6 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 0201452 D/V 0 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. 0493 D/V 6 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GURJAU/PB, 06 de FEVEREIRO de 2018
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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 - 83-3383-1531

INV.

DOC ORIG. EM DAMS

caja

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 FARIAS, 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, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Soledade, Segunda-feira, 18 de Dezembro de 2017

JORGE GARCIA CAJA

Declarante

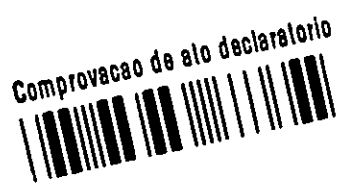
HELDER L. HENRIQUES - MAT. 133146-9

Escrivão

Boletim de ocorrência



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JORGE GARCIA CAIA

CPF da Vítima

586.433.384-00

Data do Acidente

16/11/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Declaração de Inexistência de IML



CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Dedaro, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

GORJAU/PB, 06 de fevereiro de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JORGE GARCIA CASH, portador da carteira de identidade nº 1.242.038 e inscrito no CPF/MF. sob o nº 586.433.384-00 residente e domiciliado na SITIO ANGICO Cidade GOIÂNIA Estado PARANÁ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

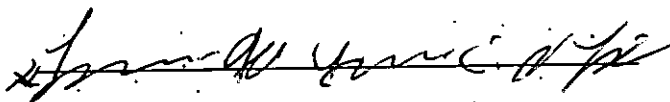
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

GOIÂNIA, 02/02/18

Local e data

JORGE GARCIA CAJA
SIT ANGICO, S/N - AREA RURAL
GURIAO / PB CEP: 58870003 (AG. 100)

Emissão: 04/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classe/Subcl: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA
Roteiro: 1 - 103 - 403 - 1240 NP medidor: 00009778560

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.032.415
Cód. para DAta Automática: 0000680676

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800.083.0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: Jan / 2018
Apresentação: 04/01/2018
Data prevista da próxima leitura: 01/02/2018
CPF/CNPJ/RANI: 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!

Comprovante de residência



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

Demonstrativo		Quantidade	Taxa	Valor Base Calc	Alto	Valor (R\$)	Base Calc	Pot (R\$)	Cofins (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pot (R\$)	Pot (R\$)	(1,0353%)	(1,7587%)
0801	Consumo em kWh	66,000	0,367540	24,25	0,00	0,00	24,25	0,25	1,16
0801	Adic. B. Vermêta	1,81	0,00	0,00	0,00	1,81	0,01	0,01	0,08
0810	Subsídio	10,29	0,00	0,00	0,00	10,29	0,11	0,11	0,48
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA	2,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio	-9,78	3,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

OCC: Código de Classificação do Item TOTAL 29,38 0,00 0,00 39,45 0,37 1,73

Média últimos meses (kWh): 60
VENCIMENTO 11/01/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 29,38

Histórico de Consumo (kWh)											
57	78	71	67	78	73	72	71	68	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				Composição do Consumo		
11/2017 - São João do Cariri				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)		Serviços de Dist. da Energisa/PB	8,41	32,03
DIC MENSAL 11,45	0,00	NOMINAL 720		Compra de Energia	11,11	37,81
DIC TRIMESTRAL 22,80				Serviço de Transmissão	1,44	4,90
DIC ANUAL 45,60	0,00	CONTRATADA 207		Encargos Setoriais	2,60	8,25
FIC MENSAL 7,74		LIMITE INFERIOR 231		Impostos, Oneros e Encargos	4,92	16,41
FIC TRIMESTRAL 15,48				Outros Serviços	0,00	0,00
FIC ANUAL 30,96	0,00			Total	29,38	100,00
DACC 8,29						
DICR 18,60						

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

ATENÇÃO
Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 9,78
Isento ICMS

Faturas em atraso



ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Inês Falcão Cass

portador da carteira profissional Nº _____

esteve internado nesse nosocômio de 14, 11, 17

24, 11, 17, necessitando de 60 dias

de afastamento de suas atividades totais

a partir desta data por motivo de doença.

CID S06

Campina Grande, 24, 11, 17

D^r. Rafael R. Holanda
NEUROLOGIA-NEUROCIRURGIA
CRM-PB 1291

Ass. Médico - CRM



SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/11/2017
HORA: 17:03:55



2266106

Prontuário	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
932122	JORGE GARCIA CAJA	16/04/1966	51	M	BRANCO	SOLEDADE	
Estado Civil	CPF	RG	Grau de instrução	Profissão			
DIVORCIADO	586.433.384-00	1242038 SSP PB					
Filiação	Mãe: RITA CAJA DE FARIAS	Pai: JOSE GARCIA DE FARIAS					
Endereço	RJOSE IVO DE MORAES, s/n - CENTRO, GURJAO-PB CEP: CEP 58670000						

Fone Residencial Fone Trabalho

Complemento Endereço

Atendimento	Data	Hora	Sector	Tipo Atendimento
2266106	28/11/2017	16:57	3008-SECRETARIA CONVENIOS	6-INTERNACAO CLINICA
Médico Atendente	Prof. Dr. Luciano Holanda NEUROCIRURGIA CRM 1438			
1010964-MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO	www.lucianoholanda.com.br			
Plano / Convênio	Validade	Nº Carteira	Nº CNS	Motivo Atendimento
37-PACOTE/1-PACOTE			700800454767487	4-INTERNACAO/URGÊNCIA

Posto	Acomodação	Leito
ALA LUCIANO LOBO	203004 APARTAMENTO 58	AP58-1
Gula	Procedimento	
INTERNACAO	9999666 INTERNACAO	

932122

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) JORGE GARCIA CAJA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: JORGE GARCIA CAJA
Endereço: R JOSE IVO DE MORAES, s/n Bairro CENTRO, GURJAO-PB
Telefone: 98707-1152

CAMPINA GRANDE, 28 de Novembro de 2017

POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

JORGE GARCIA CAJA
Responsável pelo Paciente

RX REALIZADO

R43101

EM 20/11/17

PRO-SANGUE
COLETA REALIZADA

29/11

1) 100mg + 100mg

2) 100mg + 100mg

3) 100mg + 100mg

4) 100mg + 100mg

5) 100mg + 100mg

6) 100mg + 100mg

7) 100mg + 100mg

8) 100mg + 100mg

9) 100mg + 100mg

CLÍNICA MÉDICA
CRM-PR 10.000

Dr. Adriano Rocha

CRM-PR 1281
DE RAIANA R. HOLLANDIA
NEUROLOGIA - NEUROLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

29/11
apresenta em estado de
consciência e orientação
para o tempo e espaço.

Dr. Rafael R. Holanda
CRM-PR 1281
NEUROLOGIA - NEUROLOGIA

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

Exames realizados ao paciente de nome: Cláudio
R. de Souza

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dr. Marcos Wagner de S. Póvoa
CRM - 4054-PB
21 NOV 2007
Cirurgia Geral - Urologia

Dr. Mateus Antônio
CRM - 4054-PB
1090

1. Ampicilina - 1g, IM, a cada 2h

Mr. Pichê / 10/11/07

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

1. Exame físico - normal.
2. Sinais vitais - 100 bpm, 110 mmHg, 18°C, 20 l/min.
3. Exame físico - normal.
4. Exame físico - normal.
5. Exame físico - normal.
6. Exame físico - normal.
7. Exame físico - normal.
8. Exame físico - normal.
9. Exame físico - normal.

HORÁRIO

MEDICAMENTOS

DIAGNÓSTICO:

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME:
ALTA:

Dr. Roberto

LEITO:

58

DATA:

CONVÊNIO:

30/11/07

PRESCRIÇÃO MÉDICA

 HOSPITAL ANTONIO TARGINO		NOME: <i>João</i> ALA: LEITO: CONVENIO:	DATA:	DIAGNOSTICO:
PRESCRIÇÃO MÉDICA				

Maria do Socorro Diniz
 Tec. em Enfermagem
 COREN 79184

Paciente admitido em o quarto 03, apresenta
 febre com melhora, para a medicação e para
 o uso de analgésico, para a dieta 30 por
 dia. Afc de albumin total, para preparo para
 dia 29.11.14, para exames laboratoriais
 e para a medicação.

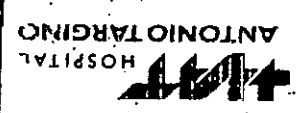
NOITE

Paciente admitido em o quarto 03, apresenta
 febre com melhora, para a medicação e para
 o uso de analgésico, para a dieta 30 por
 dia. Afc de albumin total, para preparo para
 dia 29.11.14, para exames laboratoriais
 e para a medicação.

TARDE

MANHÃ

DATA: 28/11/2014	
NOME: <i>João Carlos</i>	ALA: <i>28/11/2014</i>
IDADE:	MÉDICO:
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	



EVALUACIÓN DE ENFERMAGEM	
NOME: Jorge - GARCIA	ALA:
LEITO:	MÉDICO:
IDADE:	

ANTONIO TARGINO HOSPITAL

DATA: 29/11/17

MANHÃ

Paciente evolui melhor, consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, melhora 100% em relação ao estado de consciência, sem alterações de nível de consciência, sem alterações de nível de consciência, sem alterações de nível de consciência.

Yera Lucia Pereira dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PB 716.366

TARDE

Paciente evolui melhor, consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, melhora 100% em relação ao estado de consciência, sem alterações de nível de consciência, sem alterações de nível de consciência.

Yera Lucia Pereira dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PB 716.366

NOITE

Paciente evolui melhor, consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, melhora 100% em relação ao estado de consciência, sem alterações de nível de consciência, sem alterações de nível de consciência.

Yera Lucia Pereira dos Santos
Téc. Enfermagem
COREN-PB 716.366

EVALUACAO DE ENFERMAGEM		NOME: <u>Georgi Goren</u>		ALTA:
IDADE:	MEDICO:	LEITO:		

ANTONIO TARGINO
HOSPITAL

DATA: 30/01/13

MANHÃ

paciente está bem, sem alterações de estado de consciência, sem alterações de vitalidade, sem alterações de sinais vitais, sem alterações de exames de laboratório, sem alterações de exames de imagem.

TARDE

Paciente está em estado de consciência, sem alterações de vitalidade, sem alterações de sinais vitais, sem alterações de exames de laboratório, sem alterações de exames de imagem.

NOITE

Paciente está em estado de consciência, sem alterações de vitalidade, sem alterações de sinais vitais, sem alterações de exames de laboratório, sem alterações de exames de imagem.

José Roberto da Silva Lira
Técnico de Enfermagem
COREN-PB 001071159

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Gerardo N. Ribeiro
COREN-PB 001071159

 ANTONIO TARGINO HOSPITAL		ALA: NOME: Jorge Garcia	LEITO: MÉDICO:	IDADE:
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM				

DATA: 01/12/19

MANHÃ paciente acordado, sem alteração de estado geral, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de insuficiência renal, sem sinais de insuficiência cardíaca, sem sinais de insuficiência respiratória, sem sinais de insuficiência hepática, sem sinais de insuficiência endócrina, sem sinais de insuficiência imunológica, sem sinais de insuficiência neurológica, sem sinais de insuficiência psiquiátrica, sem sinais de insuficiência social, sem sinais de insuficiência espiritual. <i>Gerailton N. Ribeiro</i> COREN-PB 43151-1E	NOTA paciente acordado, sem alteração de estado geral, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de insuficiência renal, sem sinais de insuficiência cardíaca, sem sinais de insuficiência respiratória, sem sinais de insuficiência hepática, sem sinais de insuficiência endócrina, sem sinais de insuficiência imunológica, sem sinais de insuficiência neurológica, sem sinais de insuficiência psiquiátrica, sem sinais de insuficiência social, sem sinais de insuficiência espiritual. <i>Lucimar F. Rodrigues</i> Técnica de Enfermagem COREN-PB 846308
---	--

TARDE paciente acordado, sem alteração de estado geral, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de insuficiência renal, sem sinais de insuficiência cardíaca, sem sinais de insuficiência respiratória, sem sinais de insuficiência hepática, sem sinais de insuficiência endócrina, sem sinais de insuficiência imunológica, sem sinais de insuficiência neurológica, sem sinais de insuficiência psiquiátrica, sem sinais de insuficiência social, sem sinais de insuficiência espiritual. <i>Gerailton N. Ribeiro</i> COREN-PB 43151-1E	NOTA paciente acordado, sem alteração de estado geral, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de insuficiência renal, sem sinais de insuficiência cardíaca, sem sinais de insuficiência respiratória, sem sinais de insuficiência hepática, sem sinais de insuficiência endócrina, sem sinais de insuficiência imunológica, sem sinais de insuficiência neurológica, sem sinais de insuficiência psiquiátrica, sem sinais de insuficiência social, sem sinais de insuficiência espiritual. <i>Lucimar F. Rodrigues</i> Técnica de Enfermagem COREN-PB 846308
---	--

NOITE paciente acordado, sem alteração de estado geral, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de insuficiência renal, sem sinais de insuficiência cardíaca, sem sinais de insuficiência respiratória, sem sinais de insuficiência hepática, sem sinais de insuficiência endócrina, sem sinais de insuficiência imunológica, sem sinais de insuficiência neurológica, sem sinais de insuficiência psiquiátrica, sem sinais de insuficiência social, sem sinais de insuficiência espiritual. <i>Gerailton N. Ribeiro</i> COREN-PB 43151-1E	NOTA paciente acordado, sem alteração de estado geral, sem sinais de desidratação, sem sinais de infecção, sem sinais de insuficiência renal, sem sinais de insuficiência cardíaca, sem sinais de insuficiência respiratória, sem sinais de insuficiência hepática, sem sinais de insuficiência endócrina, sem sinais de insuficiência imunológica, sem sinais de insuficiência neurológica, sem sinais de insuficiência psiquiátrica, sem sinais de insuficiência social, sem sinais de insuficiência espiritual. <i>Lucimar F. Rodrigues</i> Técnica de Enfermagem COREN-PB 846308
---	--



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



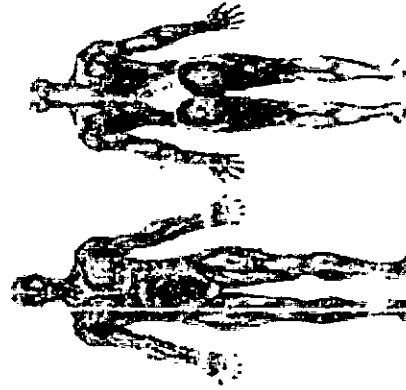
ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1544188
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/11/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Francine Almeida Torres
PACIENTE: JORGE GARCIA CAJA CEP: 58670000 Nascimento: 16/04/1966
Endereço: SÍTIO PENDENCIA

Cidade: Gurijão Sexo: M Telefone: 987810948
Nome da Mãe: RITA GARCIA CAJA Bairro: ZONA RURAL
Idade: 051 RG: Nº: 0
Responsável: CPF: Profissão:
Estado Civil: Data de: CNS: 700800454767487
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Atend: 16/11/2017 CONVÊNIO: SUS
Médico: Hora: 12:26:05 Especialidade:

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. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortivo
15. F. Cortante
16. F. Corpo-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 Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parastasia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNÓSTICO CID:

SOLICITAÇÃO

EXAME PRIMARIO - DADOS CLÍNICOS

Visualize de entrada no hospital com queda de moto, referência de uma mão (E) não possui nenhuma contusão e não há

TONICIDADE
REALIZADA: M.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

EGR, COLE, ANISOCÓRICAS, APÉNDICE

VÍSCERES (PÉLVICA), CERVIÇA, LOM. DO. DE LEVE INFLAMAÇÃO. REPERCUSSÃO
DE UM DE MÚLTIPLOS OCULOS (SOM FÍSICA) - APROXIMADA POR UM
VASO SUPERIOR COM HEMORRAGIA ATIVA, CONJUNTIVA E ORBITÁRIO

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR

Dia

Especialista: BNF

as

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORARIO REALIZADO

1	SM 2.000	10/11/17
2	Filant 40	10/11/17
3	Dil 2	10/11/17
4		10/11/17
5		10/11/17
6		10/11/17

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gabriel Ribeiro

Cirurgião de Trauma

CRM-PB: 7.983

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

ORTOPEDIA

Paciente vítima de acidente
proprietário de veículo
do tipo van.

Atendimento em
urgência.

Dr. André Ribeiro Araújo da Mota
Traumatologia/Ortopedia
CRM/PB 5283

Dr. Camillete Vieira
Cirurgia Plástica
Burofax 1627
CRM/PB 1174

CD: Sutura
Reavaliação BME após
análise de neuro.

Paciente vítima de queda de motel no
momento seguinte a orientação. Apresenta
queimaduras com coque em um terço frontal
labial superior e nariz. Ao exame radiol.
aparece fratura da mandíbula para-me-
diana + fratura de maxila.

0MF

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO CBO IDADE

DESTINO DO PACIENTE / / às hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A reavaliação
() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente (ou responsável quando necessário)

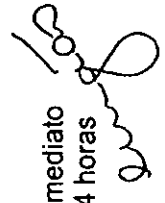
Ficha de Acolhimento

Nome:	George Gancia Lapa		
End:	Gustavo Penedencia		
Data de Nascimento:	06.04.66	Documento de Identificação:	Gruppo
Queixa:	Ac. de	Data do Atend:	06.04.14 Hora: 12:20 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: ?		
Pressão arterial:	Temperatura axilar:		
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida		
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato			Assinatura e carimbo do profissional
() Verde - atendimento até 4 horas			
		MOD. 110	

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
28.11.2018
ASS. Bomfim

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

SUSSistema Único da 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 FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856**Identificação do Paciente**5 - NOME DO PACIENTE
JORGE GARCIA CAJA6 - N° DO PRONTUÁRIO
15442917 - CARTÃO DO SUS
7008004547674878 - DATA DE NASCIMENTO
16/04/19669 - SEXO
Masc ☒ F ☐Fem ☐ ☒10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
RITA GARCIA CAJA11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** Nº de telefone **987810948**12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SITIO PENDENCIA , 0 , ZONA RURAL13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Gurjão14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
25065015 - UF
PB16 - CEP
58670000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto
com trauma craniofacial
TC cranio: HED bilobado

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pacote de morte

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

TC de Crânio

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hematoma Extradural

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NCR

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO
(X) CNS () CPF29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001628587170730 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
VALBERTHADEU DO VALE VITORINO31 - 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

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

There is a change in the number of
the number of the number of
the number of the number of

the number of the number of

the number of the number of

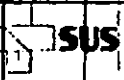
the number of the number of

the number of the number of

the number of the number of

the number of the number of

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		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JORGE GARCIA CAJA		1544291	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - PERNAS
700800454767487	16/04/1966	Masc ☒ F ☐	Per ☐ B ☐
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
RITA GARCIA CAJA		83 987810948	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
SITIO PENDENCIA , 0 , ZONA RURAL			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - CIDADE MUNICIPAL	16 - UF
Gurirão		250650	PB
		17 - CEP	
		58670000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente vítima de acidente de moto com trauma cranioencefal TC cranio - HED bilateral			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Piso de morte			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
TC de Crânio			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
Hematomas Extradurais			
22 - CID 10 PRINCIPAL			
23 - CID 10 SECUNDÁRIO			
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Internação			
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
A/C?	02	(X) CNS () CPF	980016285871707
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
VALBER THADEU DO VALE VITORINO		16/11/2017	
33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - Nº DO BILHETE	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAS DA EMPRESA	
41 - CBO		42 - CBO	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISSOR	
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			

NOME: Leiria Cordeiro Costa HD: TCE SETOR: A. 20000000 LEITO: 30 DATA: 16/11/17

[illegible]

[illegible]



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 17/11/2017
HORA: 15:14:27

Prontuário
932122



Atendimento
2264617



Reserva/Gula

0



Data 17/11/2017 Hora 15:09

Paciente
JORGE GARCIA CAJA [CPF: 58643338400]

Endereço
PENDENCIA
Bairro

ZONA RURAL

Nome da Mãe

RITA CAJA DE FARIAS

Responsável
JORGE GARCIA CAJA

Bairro
ZONA RURAL

Sexo Est. Civil

M Divorciado

Dt Nasc.

16/04/1966

Telefone R.G.

1242038

Código CNS

700800454767487

Num. Complemento

Profissão

Cidade
SOLEDADE

→ 988346800 Danielle (filha)

→ 988063555 Jealison (filho)

Endereço
SITIO

Cidade
SOLEDADE

Num.

COMISSÃO DE ARQUIVO
Dra. Marlucy
Cep 58155000

Médico Atendente

1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]
Procedimento

Médico Acompanhante

1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]

Setor

3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Acomodação

POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:

Data min. para alta - 17/11/2017

Data máx. para alta - 17/11/2017

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.....: [] Clínica..: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Internação.: TCE (Hematoma extenso) Cid FG2.1

Definitivo.: 0415030013 X 599

Histórico:

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

TOMOGRAFIA
17, 11, 17

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Óbito - 4

Raio X:

[] Simples

[] C/Contraste

Uti

Entrada 17, 11, 17

Saída 22, 11, 17

Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo

Caract. Trat. [] [] []

[] [] Sangue..: [] Rh.: [] [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

TOMOGRAFIA

18, 11, 17

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

COLETA: 17, 11, 17

HORA: 22:40

RESPONSÁVEL: [Assinatura]



HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome Paciente: Josele Perle Lora

Idade

Médico(Dr.)

DATA

EVOLUÇÃO

DATA

EVOLUÇÃO

11/11/17 14 horas do dia

Paciente assintomática
do Hospital de Home
Mede que tem em mãos
paciente, diabético,
história de TIA com
contatos de nível

11/11/17 14 horas do dia

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

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 12/11/17

Nome: Jorge Junior Costa
Idade: 19
DIH: 12/11/17

Diagnóstico:
- TCE
- Contusão cerebral

História da Moléstia Atual: Paciente atendido no Hospital de Urgências de São Paulo, com diagnóstico de contusão cerebral, com administração de medicação, com evolução satisfatória.
Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações: SUS

Infusões:
ATB: -
DVA: -
SED: -
DIETA: 3º J
ATB: -
ANALG: pr
PROFXS: pr
OUTROS: -

Controles:
FC: 11
PA: 160/100
TEMP: 36.5
DIURET: 1200
BH: 0
EVAC: -
SAT O2: 92%
SECREÇÃO: -

Dispositivos:
1- Oxi-ventilador Data: 12/11/17
2- SUD Data: 12/11/17
3- - Data: -
4- - Data: -

Respiração espontânea: Sim
Ventilação Mecânica: Não
Modo: -
FIO2: -
VC: -
SAT O2: -

Exame Físico:
Ar: 120/80 mmHg, 100 bpm, 18°C
CR: 120/80 mmHg, 100 bpm, 18°C
AB: 120/80 mmHg, 100 bpm, 18°C
EX: 120/80 mmHg, 100 bpm, 18°C
M: 120/80 mmHg, 100 bpm, 18°C

W: membros inferiores -

18/11/17 Sol

Hemodinâmica/PC

Dr. Eron Maciel Jerônimo
MÉDICO
CRM-PB. 5863

15/11/17

Dr. Valério Clementino de Araújo
CRM-PB 3024

Dr. José de Costa Leão Segundo
Neurologia - Neurocirurgia
CRM 3054-PB

Nome: ORBE Garcia Costa Idade: 51A
DIH: DI CTI:

Diagnóstico:

TCE + CONTUSÃO CEREBRAL
POR NRC. HED

História da Moléstia Atual:

Atorrou com um objeto
na cabeça e que usou de soco
para se defender de forma
perigosa e lateral + a E

Antecedentes Patológicos: Medicamentos de uso prévio: Internações:

Infusões:

ATB: Ceftriaxona 1g	ATB:
DVA: SN	ANALG: +
SED: SN	PROFIS: +
DIETA: ZERO	OUTROS: +

Controles:

FC: 78 bpm	PA: 120/70 mmHg	TEMP: 36.5°C
DIURESE: 2200 ml/24h	BH: Epilepsia	EVAC: -
SAT O2: 94%	SECREÇÃO:	

Dispositivos:

1- SVD	Data:	2- Arco venoso	Data:
3-	Data:	4-	Data:

Respiração espontânea:

Ventilação Mecânica:

Modo: SIMV	VC:
FIO2: 21%	SAT O2: 94%

Exame Físico:

Inspeção → Sinais Condicionais de Viscerose
Auscultação → Sinais Condicionais de Viscerose
Percussão → Sinais Condicionais de Viscerose
Ação de Viscerose

DATA: 14, 11, 17

Nome	Jorge Garcia Costa		Idade:	61 anos
DH:		DI CTI:	B. J. M.	

Diagnóstico:

- TC / w/o arbo
- 70% HEN
- furo max. b esgueto

[illegible]

Infusões:	
ATB:	ATB: O
DVA:	ANALG: M
SED:	PROFIS: -
DIETA:	OUTROS: -

Controlle s:	PA: 1102/1002 m/p	TEMP: 29.8°C
FC: 585 m/p	BH: 1011/100	EVAC: —
DIURESI: 1.800 m/p	SECRETAO: —	
SAT O2: 90%		

Dispositivo: 1.		Data:	2. 300	Data:
1- <u>Plano e perfil.</u>		Data:	4- —	Data:
3-				

Respirație spontană: ☒

Ventilação Mecânica:		VC:
Modo:	FR: C	SAT. O ₂ : 17
FiO ₂ :		

Exame Fisico:

SCV: RCR em 12 s/normais e BCF

AR: NHO A/P/A, m. rta

Uterio bom volume / abertura vulvar de 2 cm modo
oblique, amarelo, pupas pequenas e presentes

9/10/11

co/- hiperidrose

- prescrito bromaz

Dr. José de A. Júnior

Dr. Dorgival José de A. Júnior
MÉDICO
CRM-PB 7.190

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 20/11/17

Nome	João Carlos Costa	Idade:	51
DIH:	27.11		

Diagnóstico:

- TCE / Lesões urinais
- P. H. H. H.
- Exatidão mental (E)

História da Doença Atual:

paciente admitido em estado geral regular, com sinais vitais, sinais de desidratação, hemodinâmica estável, febre.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:

ATB:	ceftriaxone	ATB:	
DVA:		ANALG:	paracetamol
SED:		PROFYS:	
DIETA:	oral	OUTROS:	

Controles:

FC:	75 bpm	PA:	150 x 90	TEMP:	36,2°C
DIURESE:	1950 ml	BH:	estável	EVAC:	
SAT O2:	96%	SECREÇÃO:			

Dispositivos:

1- sonda vesical	Data:	2- NP	Data:
3-	Data:	4-	Data:

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:

Modo:	FR:	VC:
FIO2:		SAT O2:

Exame Físico:

AV: pulso em 2/3 membros superiores e inferiores

AR: ruído pulmonar bilateral

AB: fígado aumentado de volume

MM: membros inferiores com edema

Ext: membros inferiores com edema

Dr. Eron Maciel Jerônimo
MÉDICO
CRM-PB 5883

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

Diagnóstico: # TCE / PO de hematomas extradurais.
fratura osso da face

História da Moléstia Atual: paciente evolui com regular / acordado, respóndendo espontaneamente, admissão, hipotensão e um movimento de vir.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:
ATB: Ceftriaxona (18.11) ATB: 3/N
DVA: 3/N ANALG: 3/N
SED: 3/N PROFIS: 3/N
DIETA: Alimentação VO OUTROS: 3/N

Controles:
FC: 100 PA: 150/90 TEMP: 38.5°
DIURESE: 3.300ml BH: -558ml EVAC: 38.5°
SAT O2: 98.7 SECREÇÃO: 38.5°

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

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:
Modo: FR: VC:
FIO2: SAT O2:

Exame Físico: paciente evolui com regular / acordado, respóndendo espontaneamente, admissão, hipotensão e um movimento de vir.
paciente evolui com regular / acordado, respóndendo espontaneamente, admissão, hipotensão e um movimento de vir.
paciente evolui com regular / acordado, respóndendo espontaneamente, admissão, hipotensão e um movimento de vir.
paciente evolui com regular / acordado, respóndendo espontaneamente, admissão, hipotensão e um movimento de vir.

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
R. João de Deus Vieira Parais
CMM 333 C/P 313.084.924-20

22/11/17
Oltob CTI



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

12

TCE / CONTUSAO CEREBRAL

DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

HORÁRIOS

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

Dr. Eton Maciel Jerônimo
MÉDICO
CRM-PE 5863

Assinatura do Médico



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

DATA: / / DESLIGADO(H): ASS:

HORÁRIOS

CUIDADOS GERAIS DE UTI

Dr. João Clementino de Araújo
CRM-PB 324
CPF: 132.051.034-34
Assinatura do

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		

GENIO A: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ A: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____		OXIGENIO DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____ DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____	
---	--	--	--

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS					
DIETA ZERO ATÉ 2ª ORDEM <i>modificado</i>						
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
URATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
ONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM						
CESSO VENOSO CENTRAL ACM						
ONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
VD/SVA ACM						
ISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	9	15	21			
ISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	12	18	24			
RL 500ml EV 6 X 6 h	12	18	24	06		
ANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h		14	22	06		
ECADRON 4mg EV 8 X 8 h		14	22	06		
INDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h	12	18	24	06		
PIPRONA 2CC IV 6 X 6 h	12	18	24	06		
LAUSEDRON 8mg IV SN						
APOTEN 25mg SL SN						
EFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DO=18/11) DIA 01	10		22			
RAMAL 100mg + SF 100ml IV SN *						
ECUBITO ELEVADO	CT					
NAAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
UIDADOS GERAIS DE UTI	CT					
<i>dieta zero até 2ª ordem</i>	12					
<i>depois de 12/24</i>	18	22				
<i>depois de 6h SN</i>						

HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
Dr. Italo César da Silva Siqueira
CRM 6189 - OAB 081.110.224-71
Assinatura do Médico



HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO

PRESCRIÇÃO

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

GENIO

A: ___/___/___ LIGADO(H): ___ ASS: ___

A: ___/___/___ DESLIGADO(H): ___ ASS: ___

OXIGENIO

DATA: ___/___/___ LIGADO(H): ___ ASS: ___

DATA: ___/___/___ DESLIGADO(H): ___ ASS: ___

MEDICAMENTOS

HORÁRIOS

DIETA HIPOSSÓDICA VO	08	11	14	17	20	
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	7	11:30	14:30			
FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	7	14:30	17:30			
SRL 500ml EV 6 X 6 h	12	18		24	06	
RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h		14	18	22	06	
DECADRON 4mg EV 8 X 8 h		14	18	22	06	
HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h	12	18		24	06	
DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	-	14		03		
NAUSEDON 8mg IV SN	-					
CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg	10			22		
CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DO=18/11) DIA 02	-					
TRAMAL 100mg + SF 100ml IV SN *	10			22		
LOSARTANA 50mg VO DE 12/12h	12			24		
ANLODIPINO 10mg VO DE 12/12h	CT					
DECUBITO ELEVADO	CT					
SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT					
<i>Neurine 3mg</i>	23					
<i>formosol 1mg + 10ml ACU =</i>	03					
<i>1mg 3ml ACU.</i>						

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

Assinatura do Médico

PRESCRIÇÃO

DATA:	21/11/17	CONVÊNIO:	SUS	LEITO:
DIA:		PRONTUÁRIO:	932122	
NOME:	JORGE GARCIA CAJÁ			06
IDADE:	51A	SEXO:	MASCULINO	
DIAGNÓSTICO:	TCE / CONTUSAO CEREBRAL			

XIGÊNIO

ATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____

ATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

OXIGÊNIO

DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____

DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

MEDICAMENTOS

HORÁRIOS

DIETA HIPOSSÓDICA VO + AGUA 100ml VO 3/3h.	08	11	14	17	20
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	12	18		24	06
DECADRON 4mg EV 8 X 8 h			18		06
HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h		14		22	08
DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h		14		22	08
VAUSEDON 8mg IV SN	12	18		24	06
CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg					
CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DO=18/11) DIA 03	10			22	
RAMAL 100mg + SF 100ml IV SN *	10			22	
OSARTANA 50mg VO DE 12/12h	12			24	
NLODIPINO 10mg VO DE 12/12h	12			24	
ECUBITO ELEVADO					
INAAIS VITAIS DE 4 X 4 h					
UIDADOS GERAIS DE UTI					
Haloperidol 5mg + AD IV ACM.	17				

Valeriano Soares Azevedo
CPF 457.912.564-15
CRM 4115
Assinatura do Médico

PRESCRIÇÃO

DATA:	22/11/17	CONVÊNIO:	SUS	LEITO: 06
DIA:		PRONTUÁRIO:	932122	
NOME:	JORGE GARCIA CAJÁ			
IDADE:	51A	SEXO:	MASCULINO	
DIAGNÓSTICO:	TCE / CONTUSAO CEREBRAL			

OXIGÊNIO
 DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____
 DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

OXIGÊNIO
 DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____
 DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS					
DIETA HIPOSSÓDICA VO	08	11	14	17	20	
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	12	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		14		22		06
DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	12	18		24	06	
NAUSEDRON 8mg IV(SN)	-					
CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg	-					
CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DO=18/11) DIA 03	10			22		
TRAMAL 100mg + SF 100ml IV (SN)	-					
LOSARTANA 50mg VO DE 12/12h	10			22		
ANLODIPINO 10mg VO DE 12/12h	12			24		
DECUBITO ELEVADO	CT					
SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT					
2 - 24/11/17 25-7 10 14	08					

HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
 Dr. José Robson Vieira Farias
 CRM 3313 - C.F. 379.884.924-20
Assinatura do Médico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Gonçalo Garcia Cayo IDADE: 1
ALA: UTI LEITO: 12 MÉDICO: Dr. E. M. M.

DATA: 12/11/17

MANHÃ

PACIENTE ADMITIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

TARDE

Paciente admitido do Hospital de Trauma
com HD: TCE e lesões secundárias, confuso,
feito e encaminhado para SVD, segue as
medicações.

Adriana Alves Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 696.780

NOITE

Paciente evolui entorpecido confuso, agitado
não reconhece o local, diurese presente evol
SVD. aguardando Sndamento específico segue em
distrito zero até segundo orden

Vera Lucia Pereira dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 716.365

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

George Garcia Capá

IDADE:

51 anos

ALA:

UTI

LEITO:

13

MÉDICO:

Dr. Jairo

DATA: 18/11/17

MANHÃ

Paciente acordado, desorientado, em Jejum, diurese
p/s. Sujeito acordado, em ar ambiente, feito TC de crânio.

Paciente acordado, às 10:0h foi encaminhado ao E.C
p/ submeter ao procedimento cirúrgico.

Paciente veio do E.C às 12:50 admitido em
ventilador mecânico.

Patricia C. Soares
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 174922

Patricia C. Soares
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 174922

TARDE

Paciente evolui acordado, consciente, diurese
presente por SVD, aspecto claro, respiração
SSVV, medicação em. feito cuidados
gerais.

Adriana Alves Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 696 780

NOITE

Paciente sonolento, respiração espontânea, cefaléia,
mco hipertensivo, diurese p/ cateter, hidratação p/ veia
periférica, sol. em de O₂ p/ cateter, feito cuidados e
controle.

Adriana Alves Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN 340194/PB

NOME:

George G. Costa

IDADE: 51a

ALA:

UTI

LEITO:

06

MÉDICO:

Dr. Dorgival

DATA:

19 / 11 / 17

MANHÃ

Paciente evolui com EG comprometido, sono-
lento, de O₂ contínuo, acesso periférico, dieta
oral, edema nos olhos, escuridão no rosto, foi
m.c.p.m. feito SSV, segue aos cuidados de

Elaine Maria Santos Farias
Téc. Enfermagem
552394

TARDE

Paciente evolui acordado, em uso,
de O₂ contínuo, apresentando pico hipertensivo,
diurese presente, aceita dieta oral, e segue
aos cuidados da UTI.

Elaine de A. Fernandes
Téc. de Enfermagem
COREN 699567

NOITE

Paciente evolui acordado,
afelil, mas aceita dieta
oral, porém aceita água,
diurese presente sob SVO, foi
m.c.p.m. realizado em todas as
turnos.

Sandra Elisabete do Silva Nascimento
Técnica de Enfermagem
COREN PB 947602

Obs: permanece el
dren. defecou



HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jorge Garcia Silva

IDADE: 51

ALA: UTI Geral

LEITO: 06

MÉDICO: Dr. Heitor

DATA: 20/11/17

MANHÃ

Paciente segue eupneico, acordado, consciente, diurese por sonda, dieta oral, normotenso, afebril, reflexos deprimidos, feito SVO realizado csgg e medicação por.

Poliana de Araújo

Téc. de Enfermagem

COREN - PB 737.459

TARDE

Paciente acordado, consciente, aceita dieta oral, diurese presente, apresentando hipertensão e segue aos cuidados da UTI.

Elizma de A. Fernandes
Téc. de Enfermagem
COREN 699567

NOITE

Paciente acordado, confuso, respirações espontâneas, afebril, pico hipertensivo, diurese por cateter, hidratações por veia periférica, monitorizações cardíaca, feito cuidados e controles.

Marinalda Leal Guedes

Téc. de Enfermagem

COREN 34074/PB

NOME:

Lorge Garcia Casa'

IDADE: 51 anos

ALA:

१७५

LEITO:

06

MÉDICO:

Mr. Robinson

DATA: 21 / 11 / 17

MANHÃ

Paciente admitido com o q- do clinico geral, estado confuso, acido, acido dent. oral. medicado c.p.r. Sogno aq- do do CTI.

COBRADAS AO SUS

8hl
121405

TARDE

Paciente evolui acordado,
apresentou pica hipertensiva,
diurese presente sob SVD, aceita
dieta oral, foi m. CP - re-
alizado em dados interm.

Sandra Elisabete da Silva Nascim
Técnica de Enfermagem
COREN PB 917662

NOITE

Paciente evolui acordado,
afetivo, não aceita dieta V.O
diurese presente sob SVD, feito
curativo da região refolheira
foi v. e p ~; realizado curas
das intersticiais.

Sandra Elisabete de Silva Nascimento
Técnica de enfermagem



HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Joize Garcia Café

IDADE:

51 anos

ALA:

UO

LEITO:

06

MÉDICO:

Dr. Paulo

DATA:

22 / 11 / 17

MANHÃ

Paciente evolui com EG regular, acordado porém confuso, respiração espontânea, apresentou zezes oleis episódicos, for m.c.p.u., verificados SSVV, foi dada alta, aguarda familiares.

Liziane Maria Santos Farias
Téc. Enfermagem
512394

TARDE

PACIENTE ATENDIDO PELO D.U.
NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

NOITE

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

HOSPITAL

ANTONIO TARGINO

FIOTRAPIA

Nome do Paciente: Jorge Garcia

Idade: 51 Médico (DR): _____

[illegible]



HOSPITAL ANTONIO TARGINO LTDA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome Paciente:

Alte Garcia Cepa

Idade 57

Médico(Dr.):

DATA

EVOLUÇÃO

DATA

EVOLUÇÃO

22

Admissão

21

17

Alte Adm. mto. Def.

Proble do CTI em se de

Admissão 7/11/17

Admissão 11/11/17

Admissão 11/11/17

Admissão 11/11/17

Admissão 11/11/17

Admissão 11/11/17

Admissão 11/11/17

7



HOSPITAL
ANTÔNIO TARGINO

HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO

PRESCRIÇÃO

DATA:	22/11/17	CONVÊNIO:	SUS	LEITO:
DIA:		PRONTUÁRIO:	932122	06
NOME:	JORGE GARCIA CAJÁ			
IDADE:	51A	SEXO:	MASCULINO	
DIAGNÓSTICO:	TCE / CONTUSAO CEREBRAL HEMORRÁGICA + POI NRC (HEM EXTRADURAL + FRAT OO. DA FACE)			

OXIGÊNIO

DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____

DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

OXIGÊNIO

DATA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____

DATA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

MEDICAMENTOS

HORÁRIOS

01. DIETA HIPOSSÓDICA VO C/AUX	08	11	14	17	20
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					
09 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA		18:30	21:30		
10 FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA		15:30	21:30		
11 SRL 500ml EV 6 X 6 h	12	18		24	06
12 RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h		14	18	22	06
13 DECADRON 4mg EV 8 X 8 h		14	18	22	06
14 HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h		14	18	22	06
15 DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h		14	18	24	08
16 NAUSEDRON 8mg IV SN					
17 CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg					
18 .CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DO=18/11) DIA 04	10			22	
19. TRAMAL 100mg + SF 100ml IV SN				22	
20. LOSARTANA 50mg VO DE 12 X 12 h	10			22	
21. ANLODIPINO 10mg VO DE 12 X 12 h	12			24	
22. DECUBITO ELEVADO	CT				
23. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT				
24. CUIDADOS GERAIS	CT				
25. Injeção 1g VO	22				

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO
CRM-29 9507

ASSINATURA DO MÉDICO
Cruz 9507
11/11/17

Assinatura do Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Paula Sanez Cassi

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

23.11.12

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

23/11

① *hrt 100mg*

② *hrt 100mg N 12/12*

③ *deserol 100mg N 8/8*

④ *hidralaz 100mg N 8/8*

⑤ *carbam 100mg N 12/12*

⑥ *butorfanol 100mg N 12/12*

⑦ *lorazepam 10mg N 12/12*

⑧ *clonazepam 2mg N 2x*

Alm 100mg

24/11/12

Alm 100mg

Prof. Dr. Luciano Holanda
Neurologia - Neurocirurgia
CRM-PB 1291

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

23/11/12

amb. de

amb. de

24/11/12

sup. hum. ex. hum. +

Alm 100mg

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



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jorge Caya

IDADE:

ALA: Cirurgia

LEITO: 62-2

MÉDICO: Neuro

DATA: 22 / 11 / 11

MANHÃ

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

TARDE

Paciente adm de Uti pela manhã (SIC),
acordado, agitado, confuso, aceita dieta,
sem diurese, SSUV estáveis, em P.O
Jorge Caya presente em SVD,
m.e.p., segue sob cuidados.

Bianca Hyuston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1176.602

NOITE

Paciente acordado, confuso, agitado, com liberação venosa
aceita, dieta oferecida relata diarreia, em P.O, diurese
em SVD, presente, m.e.p., segue sob cuidados da

Conferência

Maria Elisabete da Silva
Técnica de Enfermagem
e Hemodialise
COREN-PB 440543

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

NOME:

Yorge

IDADE:

ALA:

emergencia

LEITO:

682

MÉDICO:

Nuno

DATA:

23 / 11 / 22

MANHÃ

Paciente atendido pelo SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS
Paciente com quadro de insuficiência renal crônica, mantendo renálise
oral, normotenso, retido SVP, nega
queixa, segue medicado e segue sob cuidados da equipe

Dr. Nuno Lima
REC. DE ENFERMAGEM
COREN 324452

TARDE

Paciente evolui estável consciente
por hora, em renálise MCP. aceita dieta
aperida os sinais eliminatórios + segue
sob cuidados da enf.

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

Edvânia S. Fidalgo
REC. DE ENFERMAGEM
COREN 759.172

NOITE

Paciente com quadro regular
medicado Adu + SSU.
Acordado, consciente aceita dieta
oral.

Maria Cristina Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 664317

NOME:

JOSE CARLOS CARVALHO

IDADE:

SEXO:

Masculino

LEITO:

688

MÉDICO:

DATA:

24.11.17

MANHÃ

Paciente evolui mantendo quadro estável, Agente Consciente e orientado, Acitando bem a dieta, Diurese presente espontânea, Recebeu alta hospitalar às 8:30h.

PACIENTE EVOLUI MANTENDO QUADRO ESTÁVEL
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Zenaida da Silva
COREN 246278

TARDE

PACIENTE EVOLUI MANTENDO QUADRO ESTÁVEL
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

NOITE

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: <i>Jorge Garcia Cepa</i>	
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: <i>18/11/17</i>	ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR: <i>José de Góes José Siqueira</i>	
1º AUXILIAR: <i>José Hilde</i>	2º AUXILIAR: <i>M. Wagner</i>
3º AUXILIAR: <i>Paulo Hilde</i>	INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: <i>Sebastião</i>	TIPO DE ANESTESIA: <i>Local</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Tumores benignos</i>	
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos + curativos de curativos.</i>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>D. n. c.</i>	

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: —

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: —

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: —

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MAT.EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS
1. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
2. <i>Arroscopia e ablação de tumores extrínsecos</i>
3. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
4. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
5. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
6. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
7. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
8. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
9. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
10. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
11. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>
12. <i>Exat. cirúrgica de tumores extrínsecos</i>

NOME: JOSE MARIA CAJÁ APTO: _____
CONVÊNIO: SUS IDADE: 51 SEXO: ☒ M ☐ F
NÚMERO DA CARTEIRA: _____ INÍCIO: 9:30
GUIA DE INTERNAÇÃO: _____ TERMINO: 11:30
SENHA: _____ HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☐ NÃO
DATA DE NASCIMENTO: 16/04/1966

CIRURGIA

☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA
☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA: 18/11/13

Adre: _____
Atrop: _____
Bextr: _____
Buph: _____
Buph: _____
Buph: _____
Cipro: _____
Clexa: _____
Deca: _____
Dipir: _____
Dipriv: _____
Dipriv: _____
Dobul: _____
Dorm: _____
Efedri: _____
Esme: _____
Fenta: _____
Flagyl: _____
Foran: _____
Halotr: _____
Hidro: _____
Hypnc: _____
Kefaz: _____
Keflin: _____
Ketala: _____
Lasix: _____
Liquor: _____
Metho: _____
Morfin: _____
Narcai: _____
Napori: _____
Nimbi: _____
Niprid: _____
Noradr: _____
Norcu: _____
Ocitoc: _____
Pavulc: _____
Piasil: _____
Profer: _____
Prosti: _____
Quelic: _____
Rapfe: _____
Reviv: _____
Sevor: _____
Sufan: _____
Tilatil: _____
Tacrilu: _____
Ultiva: _____
Vallur: _____
Xyloc: _____
Xyloc: _____
Xyloc: _____
Zofan: _____
Água: _____
Água: _____
S. Fis: _____
S. Gil: _____
S. de: _____
C. He: _____
Plasn: _____
Oxigi: _____
Nº (: _____
Ar Mi: _____
Co2 (: _____
MA: _____
Aque: _____
Agul: _____
Agul: _____
Agul: _____
Cal: _____
Cato: _____
Cato: _____
Cato: _____
Eletr: _____
Equi: _____
Equi: _____
Filtre: _____
Gue: _____
Man: _____
Equi: _____

Diagnóstico Pré-Operatório: TCE e Hematoma xda dual

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Dr. Leon Siqueira

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica

Dr. Patrícia Nogueira

Instrumentador(a)

Procedimentos Realizados:

Tred. cirúrgico do Hematoma xda dual
craniotomia exploratória

Códigos

Horário

AGENTES

OXIGÊNIO

N2 O2 AR

SVO

LÍQUIDOS

VENOSOS

SOL. FISIOLÓGICAS

SOL. DE RINGER

CONC. NEMACIAS

MONITÓRIOS

ECG

SpO2

EtCO2

DIURESE

PA

TEMP

PVC

Início Anest.

Início Cirur.

Término Cirur.

RESP

ESP

ASS

CONT.

INTERCORRÊNCIA

INDUÇÃO

INTUBAÇÃO TUBO Nº

MANUTENÇÃO

ANESTESIA REGIONAL

ANESTESIA REGIONAL

PUNÇÃO

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

Aspirador

Baraka

Bis

ECG

Oxímetro

Pa Invasiva

Capnógrafo

Bomba de Infusão

Ventilação Mecânica

LOCAL

CALIBRE

TIPO

CIRURGIA

☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

I	II	III	IV	V
---	----	-----	----	---

DATA: 18 / 11 / 77

INDUÇÃO		INTUBAÇÃO TUBO N° <u>8.5</u>	☐ ANESTESIA REGIONAL	☐ ANESTESIA REGIONAL	PUNÇÃO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS	
☐ Inalatória	☒ Oral	☒ Nasal	☐ Peridural	☐ P Braço/Cervical	☐ Mediana ☐ Paramediana	☒ Aspirador	☒ Baraka
☒ Venosa	☒ C/Balão	☐ S/Balão	☐ Raqui-nestesia	☐ Supraclavicular	☐ Sentada	☒ ECG	☐ Bts
MANUTENÇÃO	☒ C/Balão	☐ S/Balão	☐ Epidural Sacra	☐ Interescapênico	☐ DL ☐ D ☐ E	☒ Oxímetro	☐ Pa Invasiva
☒ Inalatória	☐ S/Balão	☐ Aramado	☐ N. Periférico	☐ Axilar	LOCAL _____	☒ <u>RAWT</u>	☒ Capnógrafo
☐ Venosa	☐ Aramado	☐ Duplo Lúmen	☐ Simples	☐ Venosa Regional	CALIBRE _____	☐ Bomba de Infusão	
☐ Sob Máscara	☐ Duplo Lúmen	☐ Traqueostomia	☐ Contínua	☐ Infiltração	TIPO _____	☒ Ventilação Mecânica	
☐ Máscara Laringea	☐ Traqueostomia		Catéter n° _____	☐ Sedação			

- Adreli
Atropi
Bextri
Buphi
Bupiv
Cipro
Clexa
Decac
Dipiro
Dipriv
Dobul
Dormi
Efedri
Esmeri
Fentali
Flagyl
Forani
Halota
Hidrocl
Hypno
Kefazcl
Keflin
Ketafali
Lasix
Liquen
Methel
Morfin
Narcari
Napoli
Nimbit
Niprid
Noradri
Norcur
Ocitoc
Pavulcl
Plasili
Profer
Prosthi
Quelic
Rapfe
Reviv
Sevor
Sufen
Tilatil
Tactru
Ulthiva
Valiur
Xyloc
Xyloc
Xyloc
Zofra
Água
Água
S. Fis
S. Gli
S. de
C. He
Plasim
Oxigén
N²O (g)
Ar M
CO₂ (g)
MA
Aque
Agul
Agul
Agul
Cel 5
Cate
Cate
Cate
Elet
Equil
Equil
Filtrn
Gua
Man
Equil

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
 Idade: **51 ANOS**
 RA: **0110060235** Dt Coleta: **18/11/2017 - 23:53:43**
 Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024**
 Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **18/11/2017 - 09:05:23** Local: **UTI GERAL**

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA		Valores Encontrados		Valores de Referência	
Hemácias		3,91		milh/mm3	3.90 a 6.70
Hemoglobina		12,0		g/dL	H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito		36,2		%	H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.		92,6		u3	80.0 - 98.0
H.C.M.		30,7		Pg	26.0 - 32.0
C.H.C.M.		33,1		g/dL	32.0 - 36.0
RDW		13,6			11.0 - 14.5
Série Vermelha:		Normocitose. Normocromia.			
LEUCOGRAMA					
Leucócitos		10320		/mm3	3800 - 10000
Bastonetes		1	103		0-2 0-500
Segmentados		85	8772		46-67 1.820-6.700
Eosinófilos		1	103		1-5 36-500
Basófilos		0	0		0-2 0-100
Linfócitos		11	1135		20-35 800-3.500
Linfócitos reativos		0	0		0-1 0-100
Monócitos		2	206		2-10 72-1000
Série Branca:		Leucocitose. Neutrofilia.			
PLAQUETAS		169000		/mm3	140.000 - 450.000
Série Plaquetária:		Plaquetas normais ao exame do esfregaço.			
Metodo: AUTOMACÃO ABX PENTRA 80					
Material: SANGUE TOTAL					



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
 Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
Idade: **51 ANOS**
RA: **0110060235** Dt Coleta: **18/11/2017 - 23:53:43**
Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **18/11/2017 - 09:05:23** Local: **UTI GERAL**



GLICEMIA

Resultado: **113**

Metodo: AUTOMACÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

CREATININA

Resultado: **0,75**

Metodo: AUTOMACÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 0,90

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro **117**

mL/min/1,73
m2

Adulto negro **141**

mL/min/1,73
m2

Valores de referência:

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:

- Ritmo de filtração glomerular (RFG) é o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbididades que levem a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:

Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Metodo: AUTOMACÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

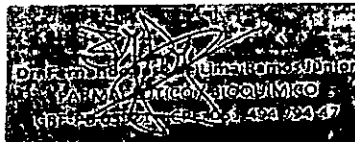
UREIA

Resultado: **35**

Metodo: AUTOMACÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50



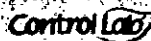
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
Idade: **51 ANOS**
RA: **0110060235** Dt Coleta: **18/11/2017 - 23:53:43**
Dr(a): **JARIO CLEMENTINO DE ARAUJO/3024**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **18/11/2017 - 09:05:23** Local: **UTI GERAL**



POTÁSSIO

Resultado **3,90**

Método: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

Valor(es) de referência

mEq/L **3,5 a 5,5**

SÓDIO

Resultado **136,00**

Método: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

Valor(es) de referência

mEq/L **135 a 145**

CLORETO

Resultado **93**

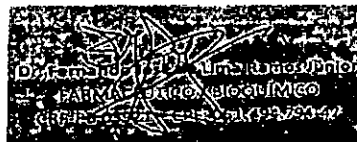
Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

Valor(es) de referência

mmol/L **96 a 106**

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



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catanguera - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SPPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
 Idade: **51 ANOS**
 RA: **0110060261** Dt Coleta: **19/11/2017 - 23:06:12**
 Dr(a): **ITALO CESAR DA SILVA SIQUEIRA/6189**
 Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **19/11/2017 - 07:59:06** Local: **UTI GERAL L 06**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	3,26	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	10,1	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Resultados Anteriores: 18/11/17 (12,0)		
Hematócrito	31,0	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	95,1	u3 80.0 - 98.0
Resultados Anteriores: 18/11/17 (92,6)		
H.C.M.	31,0	pg 26.0 - 32.0
Resultados Anteriores: 18/11/17 (30,3)		
C.H.C.M.	32,6	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	13,8	11.0 - 14.5

Série Vermelha: Normocitose. Normocromia.

LEUCOGRAMA

Leucócitos	14830	/mm3	3800 - 10000
Resultados Anteriores: 18/11/17 (10320)			
Bastonetes	297		0-2 0-500
Segmentados	11719		46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	148		1-5 36-500
Basófilos			0-2 0-100
Linfócitos	14		20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0		0-1 0-100
Monócitos	4		2-10 72-1000
Série Branca:			Leucocitose. Neutrofilia.
PLAQUETAS	174000	/mm3	140.000 - 450.000
Resultados Anteriores: 18/11/17 (169000)			

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Metodo: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80
 Material: SANGUE TOTAL



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720
 Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
 Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Control Lab

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
Idade: **51 ANOS**
RA: **0110060261** Dt Coleta: **19/11/2017 - 23:06:12**
Dr(a): **ITALO CESAR DA SILVA SIQUEIRA/6189**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **19/11/2017 - 07:59:06** Local: **UTI GERAL L 06**



GLICEMIA

Resultado

123

Resultados Anteriores: 18/11/17 (113)

Metodo: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

CREATININA

Resultado

Resultados Anteriores: 18/11/17 (0,75)

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 0,90

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO. (MDRD)

Adulto não-negro

131

Resultados Anteriores: 18/11/17 (115)

Adulto negro

158

Resultados Anteriores: 18/11/17 (141)

Valores de referência:

mL/min/1,73
m2

mL/min/1,73
m2

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:

- Ritmo de filtração glomerular(RFG) e o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que levem a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:

Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Metodo: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

UREIA

Resultado

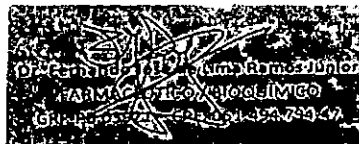
42

Resultados Anteriores: 18/11/17 (35)

Metodo: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
Idade: **51 ANOS**
RA: **0110060261** Dt Coleta: **19/11/2017 - 23:06:12**
Dr(a): **ITALO CESAR DA SILVA SIQUEIRA/6189**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **19/11/2017 - 07:59:06** Local: **UTI GERAL L 06**



POTÁSSIO

Resultado: **4,00**

Resultados Anteriores: **18/11/17 (3,90)**

Metodo: **ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)**

Material: **SORO**

Valor(es) de referência

mEq/L **3,5 a 5,5**

SÓDIO

Resultado: **137,00**

Resultados Anteriores: **18/11/17 (136,00)**

Metodo: **ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)**

Material: **SORO**

Valor(es) de referência

mEq/L **135 a 145**

CLORETO

Resultado: **97**

Resultados Anteriores: **18/11/17 (93)**

Metodo: **ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)**

Material: **SORO**

Valor(es) de referência

mmol/L **96 a 106**



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Control Lab

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
 Idade: **51 ANOS**
 RA: **0110060310** Dt Coleta: **20/11/2017 - 23:22:04**
 Dr(a): **DORIVAL JOSE DE A. JUNIOR/7190**
 Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **20/11/2017 - 09:09:35** Local: **UTI GERAL**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	3,04	milh/mm ³ 3.90 a 6.70
Hemoglobina	9,5	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Resultados Anteriores: 19/11/17 (10,1) 18/11/17 (12,0)		
Hematócrito	29,5	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	97,0	u3 80,0 - 98,0
Resultados Anteriores: 19/11/17 (97,5) 18/11/17 (92,6)		
H.C.M.	31,2	pg 26,0 - 32,0
Resultados Anteriores: 19/11/17 (31,0) 18/11/17 (30,7)		
C.H.C.M.	32,2	g/dL 32,0 - 36,0
RDW		11,0 - 14,5
Série Vermelha:	Normocromia. Normocromia.	
LEUCOGRAMA		
Leucócitos	11604	/mm ³ 3800 - 10000
Resultados Anteriores: 19/11/17 (14834) 18/11/17 (10320)		
Bastonetes	1	116 0-2 0-500
Segmentados	76	8819 46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	116 1-5 36-500
Basófilos	0	0 0-2 0-100
Linfócitos	18	2089 20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0 0-1 0-100
Monócitos	4	464 2-10 72-1000
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.	
PLAQUETAS	192000	/mm ³ 140.000 - 450.000
Resultados Anteriores: 19/11/17 (174000) 18/11/17 (169000)		
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	
Metodo: AUTOMACÃO ABX PENTRA 80		
Material: SANGUE TOTAL		

Dra. Laila Maria Neves dos Santos
 FARMACEUTICA / BIOQUIMICA
 CRF-PB 4714



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720
 Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
 Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
Idade: **51 ANOS**
RA: **0110060310** Dt Coleta: **20/11/2017 - 23:22:04**
Dr(a): **DORGIVAL JOSE DE A. JUNIOR/7190**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **20/11/2017 - 09:09:35** Local: **UTI GERAL**



GLICEMIA
Resultado **119**
Resultados Anteriores: 19/11/17 (132) 18/11/17 (113)
Metodo: AUTOMACAO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência
mg/dL 70 a 99

CREATININA
Resultado **0,66**
Resultados Anteriores: 19/11/17 (0,68) 18/11/17 (0,75)

Valor(es) de referência
mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 0,90

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro **135**
Resultados Anteriores: 19/11/17 (131) 18/11/17 (117)
Adulto negro **164**
Resultados Anteriores: 19/11/17 (158) 18/11/17 (141)
Valores de referência:

mL/min/1,73 m2
mL/min/1,73 m2

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:
- Ritmo de filtração glomerular(RFG) e o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbididades que levem a, desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:
Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.
Metodo: AUTOMACAO (HITACHI 917)
Material: SORO

UREIA
Resultado **37,6**
Resultados Anteriores: 19/11/17 (42) 18/11/17 (35)
Metodo: AUTOMACAO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência
mg/dL 10 a 50

Dr. Layla Maria Neves dos Santos
FARMACEUTICA / BIOQUIMICA
CRF-PB 4714



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

- | | |
|--|--|
| Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135 | Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643 |
| Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506 | Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708 |
| Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741 | Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051 |
| Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151 | Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149 |
| Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088 | Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135 |
| Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184 1720 | |

CONTROLE DE QUALIDADE - INPC

Controlado

Controlado

117

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
idade: **51 ANOS**
RA: **0110060310** Dt Coleta: **20/11/2017 - 23:22:04**
Dr(a): **DORIVAL JOSE DE A. JUNIOR/7190**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **20/11/2017 - 09:09:35** Local: **UTI GERAL**



POTÁSSIO
Resultado **4,10**

Valor(es) de referência

mEq/L **3,5 a 5,5**

Resultados Anteriores: 19/11/17 (4,00) 18/11/17 (3,90)

Metodo: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

SÓDIO

Resultado **136,00**

Valor(es) de referência

mEq/L **135 a 145**

Resultados Anteriores: 19/11/17 (136,00) 18/11/17 (136,00)

Metodo: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

CLORETO

Resultado **95**

Valor(es) de referência

mmol/L **96 a 106**

Resultados Anteriores: 19/11/17 (97) 18/11/17 (93)

Metodo: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL

Resultado **68,90**

Valor(es) de referência

mg/L
Para risco coronariano:
baixo risco: até 1
risco medio: 1 a 3
alto risco: maior que 3

Metodo: QUIMIOLUMINESCENCIA

Material: SORO

Dr. Layla Maria Neves dos Santos
FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
CRP-PB 4714



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE

Controlab

Controlab

110

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
 Idade: **51 ANOS**
 RA: **0110050376** Dt Coleta: **21/11/2017 - 22:48:22**
 Dr(a): **VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115**
 Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **21/11/2017 - 09:24:36** Local: **UTI GERAL**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	3,54	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	10,9	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Resultados Anteriores: 20/11/17 (9,5) 19/11/17 (10,1) 18/11/17 (12,0)		
Hematócrito	33,4	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	94,4	u3 80.0 - 98.0
Resultados Anteriores: 20/11/17 (97,0) 19/11/17 (95,1) 18/11/17 (92,6)		
H.C.M.	30,8	pg 26.0 - 32.0
Resultados Anteriores: 20/11/17 (31,2) 19/11/17 (31,0) 18/11/17 (30,7)		
C.H.C.M.	32,6	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	18,6	11.0 - 14.5
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.	
LEUCOGRAMA		
Leucócitos	10954	/mm3 3800 - 10000
Resultados Anteriores: 20/11/17 (11604) 19/11/17 (14834) 18/11/17 (10320)		
Bastonetes	0	0-2 0-500
Segmentados	74	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	1-5 36-500
Basófilos	0	0-2 0-100
Linfócitos	19	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0-1 0-100
Monócitos	6	2-10 72-1000
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.	
PLAQUETAS	216000	/mm3 140.000 - 450.000
Resultados Anteriores: 20/11/17 (192000) 19/11/17 (174000) 18/11/17 (169000)		
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	
Metodo: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80		
Material: SANGUE TOTAL		



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720
 Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
 Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

Pr(a): JORGE GARCIA CAJA
idade: 51 ANOS
RA: 0110060376 Dt Coleta: 21/11/2017 - 22:48:22
Pr(a): VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115
Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TÁRGINO
Emissão: 21/11/2017 - 09:24:36 Local: UTI GERAL



POTÁSSIO

Resultado 4,00

Valor(es) de referência

mEq/L 3,5 a 5,5

Resultados Anteriores: 20/11/17 (4,10) 19/11/17 (4,00) 18/11/17 (3,90)

Método: ELETRODO ÍON SELETIVO (ISE)
Material: SORO

SÓDIO

Resultado 135,00

Valor(es) de referência

mEq/L 135 a 145

Resultados Anteriores: 20/11/17 (136,00) 19/11/17 (137,00) 18/11/17 (136,00)

Método: ELETRODO ÍON SELETIVO (ISE)
Material: SORO



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC

Programa de Excelência para Laboratórios Clínicos



Pr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
 idade: **51 ANOS**
 UA: **0110060376** Dt Coleta: **21/11/2017 - 22:48:22**
 Pr(a): **VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115**
 Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 missão: **21/11/2017 - 09:32:50** Local: **UTI GERAL**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	3,54	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	10,9 ✓	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Resultados Anteriores: 20/11/17 (9,5) 19/11/17 (10,1) 18/11/17 (12,0)		
Hematócrito	33,4 ✓	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	94,4	u3 80.0 - 98.0
Resultados Anteriores: 20/11/17 (97,0) 19/11/17 (95,1) 18/11/17 (92,6)		
H.C.M.	30,8	pg 26.0 - 32.0
Resultados Anteriores: 20/11/17 (31,2) 19/11/17 (31,0) 18/11/17 (30,7)		
C.H.C.M.	32,6	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	13,6	11.0 - 14.5
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.	
LEUCOGRAMA		
Leucócitos	10954 ✓	/mm3 3800 - 10000
Resultados Anteriores: 20/11/17 (11604) 19/11/17 (14834) 18/11/17 (10320)		
Bastonetes	0	0-500
Segmentados	74 ✓	56-67 820-6.700
Eosinófilos	1	1-5 36-500
Basófilos	0	0-2 0-100
Linfócitos	19	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0-1 0-100
Monócitos	6	2-10 72-1000
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.	
PLAQUETAS	216000	/mm3 140.000 - 450.000
Resultados Anteriores: 20/11/17 (192000) 19/11/17 (174000) 18/11/17 (169000)		
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	
Método: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80		
Material: SANGUE TOTAL		

Dra. Leila Maria Neves dos Santos
 FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
 CRF-PB 4714



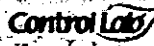
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Sede Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
 Sede Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Sede Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
 Sede Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Sede Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade Catungueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135
 Sede José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC

Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Paciente atendido pelo SUS
Nome: JORGE GARCIA CAJA
Idade: 51 ANOS
ID: 0110060376 Dt Coleta: 21/11/2017 - 22:48:22
Nome: VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115
Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Missão: 21/11/2017 - 09:32:50 Local: UTI GERAL



GLICEMIA

Resultado

110 ✓

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

Resultados Anteriores: 20/11/17 (119) 19/11/17 (123) 18/11/17 (113)

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI)

Material: SORO

CREATININA

Resultado

0,60 ✓

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 0,90

Resultados Anteriores: 20/11/17 (0,66) 19/11/17 (0,68) 18/11/17 (0,75)

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR (ESTIMADO) (MDRD)

Adulto não-negro

151 ✓

mL/min/1,73
m2

Resultados Anteriores: 20/11/17 (135) 19/11/17 (131) 18/11/17 (117)

Adulto negro

183

mL/min/1,73
m2

Resultados Anteriores: 20/11/17 (164) 19/11/17 (158) 18/11/17 (141)

Valores de referência:

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:

- Ritmo de filtração glomerular(RFG) e o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que levem a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:

Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)

Material: SORO

UREIA

Resultado

39 ✓

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

Resultados Anteriores: 20/11/17 (37) 19/11/17 (42) 18/11/17 (35)

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)

Material: SORO

Dra. Leila Maria Neves dos Santos
FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
CRF-PB 4714



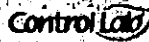
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - 8BPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
Idade: **51 ANOS**
RA: **0110060376** Dt Coleta: **21/11/2017 - 22:48:22**
Sr(a): **VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **21/11/2017 - 09:32:50** Local: **UTI GERAL**



POTÁSSIO

Resultado

4,00 ✓

Valor(es) de referência

mEq/L 3,5 a 5,5

Resultados Anteriores: 20/11/17 (4,10) 19/11/17 (4,00) 18/11/17 (3,90)

Metodo: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

SÓDIO

Resultado

135,00 ✓

Valor(es) de referência

mEq/L 135 a 145

Resultados Anteriores: 20/11/17 (136,00) 19/11/17 (137,00) 18/11/17 (136,00)

Metodo: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

CLORETO

Resultado

102 ✓

Valor(es) de referência

mmol/L 96 a 106

Resultados Anteriores: 20/11/17 (95) 19/11/17 (97) 18/11/17 (93)

Metodo: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

PACIENTE ATENDIDO PELA SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
COBRANÇA DE SUS

Dra. Lays Maria Neves dos Santos
FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
CRF-PB 4714



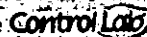
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Sr(a): JORGE GARCIA CAJA
Idade: 51 ANOS
RA: 0110060446 Dt Coleta: 22/11/2017 - 00:24:11
Dr(a): JOSE ROBSON VIEIRA FARIAS/3313
Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO
Emissão: 22/11/2017 - 09:26:25 Local: UTI GERAL



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,05	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	12,4	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Resultados Anteriores: 21/11/17 (10,9) 20/11/17 (9,5) 19/11/17 (10,1)		
Hematócrito	37,5	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	92,6	u3 80.0 - 98.0
Resultados Anteriores: 21/11/17 (94,4) 20/11/17 (97,0) 19/11/17 (95,1)		
H.C.M.	30,6	pg 26.0 - 32.0
Resultados Anteriores: 21/11/17 (30,8) 20/11/17 (31,2) 19/11/17 (31,0)		
C.H.C.M.	33,1	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	13,9	11.0 - 14.5
Série Vermelha:	Normositose. Normocromia.	
LEUCOGRAMA		
Leucócitos	20624	/mm3 3800 - 10000
Resultados Anteriores: 21/11/17 (10954) 20/11/17 (11604) 19/11/17 (14834)		
Bastonetes	3	619 0-2 0-500
Segmentados	82	16912 46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	206 1-5 36-500
Basófilos	0	0 0-2 0-100
Linfócitos	10	2062 20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0 0-1 0-100
Monócitos	4	825 2-10 72-1000
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.	
PLAQUETAS	268000	/mm3 140.000 - 450.000
Resultados Anteriores: 21/11/17 (216000) 20/11/17 (192000) 19/11/17 (174000)		
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.	

Método: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80
Material: SANGUE TOTAL

Dra. Leila Maria Neves dos Santos
FARMACEUTICA / BIOQUIMICA
CRF-PB 4714



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

de Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
de Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
de Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
de Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
de Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 2063.5577 / 98840.5088
de José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
Idade: **51 ANOS**
RA: **Q110060446** Dt Coleta: **22/11/2017 - 00:24:11**
Dr(a): **JOSE ROBSON VIEIRA FARIAS/3313**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **22/11/2017 - 09:26:25** Local: **UTI GERAL**



POTÁSSIO

Resultado

4,00

Valor(es) de referência

mEq/L 3,5 a 5,5

Resultados Anteriores: 21/11/17 (4,00) 20/11/17 (4,10) 19/11/17 (4,00) 18/11/17 (3,90)

Metodo: ELETRÓDO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

SÓDIO

Resultado

133,00

Valor(es) de referência

mEq/L 135 a 145

Resultados Anteriores: 21/11/17 (135,00) 20/11/17 (136,00) 19/11/17 (137,00) 18/11/17 (136,00)

Metodo: ELETRÓDO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

PACIENTE ATENDIDO NO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUIABÁ - MAT. 1000
COBRADO

L. Santos
Dra. Layla Maria Neves dos Santos
FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
CRF-PB 4714



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigarário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

Paciente: Jorge Garcia-Gajá

Data do Exame: 16/11/2017

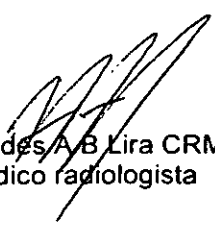
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio e Face

Técnica:

Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Análise:

- **Sinais de pneumocéfalos.**
- **Hematoma extradural frontal à esquerda medindo 1,9 cm de espessura. Outra coleção hemática extra-axial parietal à esquerda é identificada, medindo 1,0 cm de espessura e com aparente continuidade com o hematoma extradural referido anteriormente. Associa-se efeito de massa representado por apagamento de sulcos corticais locais.**
- **Há, ainda, outro hematoma extradural junto ao lobo temporal direito, com 1,2 cm de espessura.**
- Não há de desvio de estruturas da linha média.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da fossa posterior preservadas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- **Fratura do osso frontal esquerdo.**
- **Fraturas das paredes medial e lateral, assim como do teto da órbita esquerda.**
- **Fratura da parede posterolateral do seio maxilar esquerdo associada a hemossinus.**
- **Fratura do processo pterigóide esquerdo.**
- **Fratura do osso nasal à esquerda e do septo nasal.**


Dr. Arquimedes A. B. Lira CRM: 7197
Médico radiologista

PACIENTE RECEBIDO
NO HOSPITAL DE
CAMPINA GRANDE
CAMPINA GRANDE - PB
16/11/2017



**HOSPITAL
ANTONIO TARGINO**

Nome: JORGE GARCIA CAJA

Convenio: SUS - INTERNO

Solicitante: LUCIANO FERREIRA DE HOLANDA

Exame(s): TC CRANIO

Nº Exame: 21179

Data: 17/11/2017

Exame realizado em projeção axial com cortes de 5.0 mm de espessura para a fossa posterior e de 10.0 mm para a região supratentorial.

Hemorragia subaracnóidea pós-traumática (Grau mínimo).

Contusões cerebrais no lobo temporal direito, com a maior delas medindo aproximadamente 2.5 x 2.0 cm nos maiores diâmetros.

Imagem hiperdensa, periencefálica, medindo aproximadamente 1.5 x 2.0 cm nos maiores diâmetros, localizada no espaço extradural ttemporo basal direito (Hematoma extradural).

Hemossinus nos seios etmoidais, esfenoidal e maxilar esquerdo.

Hematoma extradural frontobasal/esquerdo, medindo aproximadamente 2.5 cm no diâmetro transversal e 3.0 cm no eixo céfalocaudal.

Hematoma subdural fronto parietal esquerdo, medindo aproximadamente 0.8 cm no diâmetro transversal e 5.0 cm no eixo céfalocaudal.

Fratura fronto-orbitária esquerda.

Aumento de partes moles extracraniana na região fronto-têmporo-parietal esquerda e periorbitária do mesmo lado.

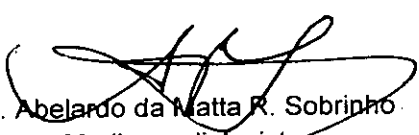
Discreta redução volumétrica do sistema ventricular.

Cisternas encefálicas basais bem delineadas.

Desevio incipiente das estruturas encefálicas ântero-mediais para a direita.

Calcificações dos plexos coróides e glândula pineal.

Th


Dr. Abelardo da Matta R. Sobrinho
Médico radiologista
CRM - 3901

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.242.038-2ª VIA

DATA DE EMISSÃO: 19 JUN 1996

NOME: JORGE GARCIA CAJA

Filiação: José Garcia de Farias
Rita Caja de Farias

Cidade: Soledade-PB

DATA DE NASCIMENTO: 16-04-1966

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

CPF: 586433384-00 PASEP: 1700 174.949-9

Assinatura: *Jorge Garcia Caja*

Carimbo: SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI P 61

Jorge Garcia Caja

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279481/18
Vítima: JORGE GARCIA CAJA
CPF: 586.433.384-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/11/2017
Titular do CPF: JORGE GARCIA CAJA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



JORGE GARCIA CAJA : 586.433.384-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/07/2018
Nome: JORGE GARCIA CAJA
CPF/CNPJ: 586.433.384-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JORGE GARCIA CAJA

Patricia Aleixo Silva

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Jorge Garcia Caja
 DATA DO ACIDENTE 16/11/2017 CPF DA VITIMA 586.433.384-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Setor Anágico
 Nº SIN COMPLEMENTO _____ BAIRRO Ata Eurat
 CIDADE GURJAO UF PB CEP 58670-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9 8806 3555

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM: _____ DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAIMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAIMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 16/07/2018DATA 16/07/2018 MATR. CORREIOS 8478.8887IDENTIDADE J. 242.038 CAJANOME JAQUELINE B.S. DOMINGOSASSINATURAS Jorge Garcia Caja ASSINATURA Jaqueline B.S. Domingos

TERMO DE DECLARAÇÃO E QUITAÇÃO

Na qualidade de beneficiário(a) do Seguro DPVAT, JORGE GARCIA CASA, inscrito(a) no CPF/MF sob o no 586.433.384-00, portador(a) da carteira de identidade no 1.242.038, domiciliado(a) na cidade de GURSAO, onde resido na(o) SITIO ANGELO, declaro e reconheço que as despesas médicas e suplementares (DAMS) incorridas no Hospital AMONIO TARGINO, em virtude de atendimento prestado por força do acidente de trânsito havido em 16/11/2017 envolvendo o veículo de placa no NQC1507, foram integralmente quitadas por JORGE GARCIA CASA, proprietário(a) do veículo envolvido no acidente de trânsito e responsável pelo pagamento do prêmio do seguro DPVAT.

Dou, assim, plena, rasa, geral e irrevogável quitação ao proprietário(a) do veículo no que diz respeito ao pagamento das despesas médicas e suplementares (DAMS) relativas ao tratamento recebido no mencionado hospital.

Declaro ter ciência de que, por força de terem sido integralmente liquidadas as despesas médicas e suplementares (DAMS) mencionadas neste documento, o direito ao reembolso dessas despesas, previsto na Lei no 6.194/74, art. 3º, III, foi sub-rogado, nos termos do art. 346, III, do Código Civil, ao proprietário(a) do veículo.

Por fim, autorizo o proprietário do veículo a fornecer os meus dados à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. com o propósito de que seja encaminhada correspondência aos meus cuidados informando o valor exato reembolsado pela Seguradora Líder DPVAT ao proprietário(a) do veículo em virtude das despesas aqui tratadas.

GURSAO/PB, 06, de fevereiro de 2018

local e data



assinatura do declarante

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904