



Número: **0800131-93.2019.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **26/02/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JORGE GARCIA CAJA (AUTOR)		JOSE BECKENBANER GOUVEIA DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
50803450	03/11/2021 14:29	Petição	Petição
50803452	03/11/2021 14:29	2604378_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
50803453	03/11/2021 14:29	2604378_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JORGE GARCIA CAJA**

Nº Sinistro: **3180352427**

Vítima: **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

Pag. 00673/00674 - carta_01 - INVALIDEZ

00020337



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JORGE GARCIA CAJA**
Nº Sinistro: **3180352427**
Vítima: **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

Pag. 01275/01276 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13197131





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 de 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

Pag. 00047/00048 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 13894000



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 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 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 GURSA	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 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 ☐ 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		D/V 6		CONTA NRO. 02017570		D/V 	
(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 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.

GURSA, 06 de Fevereiro de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

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) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
BRADESCO SA **237**
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
0493 **6** **02017520**
(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 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]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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

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 CURSÃO	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)	
AGÊNCIA NRO. D/V		BANCO Nome NRO	
CONTA NRO. D/V		AGÊNCIA NRO. D/V	
(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 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.

CURSÃO/PB, 06 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







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

INV.

DO ORIG. EM DAMS

cabg

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, aí, 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, RENAVAL 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

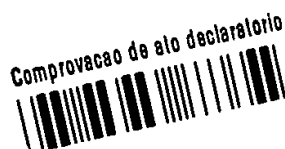
Boletim da ocorrência



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SOLEDADE
23-DEZ-2018 15:00 492945 1/1



DECLARAÇÃO



PS

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)

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:

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.

GOIÁVU/PB, 06 de fevereiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALE 001 V001/2017



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 ANGEICO Cidade GUARÁ Estado PAPAIA 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:

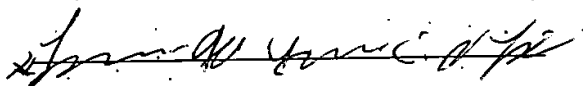
☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ 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

GUARÁ, 02/02/18

Local e data



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

Emissão: 04/01/2018 Referência: Jan / 2018

Classe/Subcl: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA

Roteiro: 1 - 103 - 403 - 1340

Nº medidor: 00000778560

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Ciclo Redutor - João Pessoa / PB - CEP 58071-620

CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.002.415

Cód. para Dth. Automática: 00006.06.04.78

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 do gente. Queremos estar sempre próximos!

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
05/12/17	15821	04/01/18	15887	

Demonstrativo									
Descrição		Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
				(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0001 Consumo em kWh		65,000	0,367540	24,25	0,00	0	0,00	24,25	0,25
0001 Adc. B. Vermelho				1,81	0,00	0	0,00	1,81	0,01
0010 Subsidio				10,29	0,00	0	0,00	10,29	0,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007 CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA				2,72	0,00	0	0,00	2,72	0,06
0008 Devolução Subsidio				-9,78	0,00	0	0,00	-9,78	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 29,38 0,00 0,00 35,45 0,37 1,73

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

Histórico de Consumo (kWh)

57	78	71	67	79	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	
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DIA MENSAL		0,00	NORMAL 220	Serviços de Dist. da Energisa/PB	8,41
DIA TRIMESTRAL		0,00	CONTRATADA	Compra de Energia	11,11
DIA ANUAL		0,00	LIMITE INFERIOR 202	Serviço de Transmissão	1,44
DIA MENSAL		0,00	LIMITE SUPERIOR 201	Encargos de Operação	2,50
DIA TRIMESTRAL		0,00		Impostos, Deletos e Encargos	4,57
DIA ANUAL		0,00		Outros Serviços	0,00
DIA MENSAL		0,00		Total	29,38
DIA TRIMESTRAL		0,00			100,00
DIA ANUAL		0,00			

Subvenção DEC.7.89 V/13 R\$ 9,78
Isento ICMS

ATENÇÃO: Faturas em atraso



Documentação médico - hospital



ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Ingá Paucis Cass

portador da carteira profissional Nº 17.11.17

esteve internado nesse nosocômio de 24/11/17 a

24/11/17, necessitando de 60 dias

de afastamento de suas atividades lauretas

a partir desta data por motivo de doença.

CID S06

Campina Grande, 24/11/17

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

Ass. Médico - CRM

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





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

ATESTADO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente

Carlos Augusto Esp

portador da carteira profissional Nº _____

esteve internado nesse nosocômio de 28/11/17 a

02/12/17, necessitando de 3 TRIMES

dias de afastamento de suas atividades trabalho

a partir desta data por motivo de doença.

CID S06

Campina Grande, _____/_____/_____

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
S
B 02 DEZ. 2017
Ass. Médico - CRM
CRM-PE 55521 CRM-PE 14557

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





SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

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



2266106

Prontuário Nome do Paciente: JORGE GARCIA CAJA
Estado Civil: 1332122 CPF: 586.433.384-00 RG: 1242038 SSP PB
Filiação: Mãe: RITA CAJA DE FARIAS Pai: JOSE GARCIA DE FARIAS
Endereço: R. JOSE IVO DE MORAES, s/n - CENTRO, GURJAO-PB CEP: 58670000

Atendimento Data: 28/11/2017 Hora: 16:57 Setor: 3008-SECRETARIA CONVENIOS
Médico Atendente: 2266106 Prof. Dr. Luciano Holanda
1010964-MARCOS WAGNER DE SOUSA PORTO
Plano / Convênio: 37-PACOTE/1-PACOTE N° Carteira: N° CNS: 700800454767487

Posto ALA LUCIANO LOBO
Gula INTERNACAO
Procedimento 2235666 INTERNACAO
Acomodação 203004 APARTAMENTO 58
Leito (AP58-1)
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 observar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não 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

R43101

ok

PRÓ-SANGUE
COLETA REALIZADA

CAMPINA GRANDE, 28 de Novembro de 2017

Poliana
POLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

Jorge Garcia Caja
JORGE GARCIA CAJA
Responsável pelo Paciente

RX REALIZADO
EM 20/11/17
Téc. Radiologia
C. P. 07/1987

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

29/11
apresenta em história recente
com quadro neurológico progressivo
de início insidioso

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dr. Adriano Rocha
CRM-PB 10.808
CLÍNICA MÉDICA

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

paciente em acompanhamento de rotina

(39) Neurologia - 29/11/21

Transtorno de ansiedade

(7) Prescrição de 100 mg de

(6) clonazepam 1 mg 1x/12h

(5) clonazepam 1 mg 1x/12h

(4) clonazepam 1 mg 1x/12h

(3) clonazepam 1 mg 1x/12h

(2) clonazepam 1 mg 1x/12h

(1) clonazepam 1 mg 1x/12h

HORÁRIO

MEDICAMENTOS

DATA: 29.11.2021

DIAGNÓSTICO:

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Ca. de pulmão em fase avançada
Rx de pulmão

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dia. Yago de Almeida
Médico
CRM 1090

Dr. Marcos Vinícius de S. Rocha
Nº 2
CRM 4054-PB
Neurologia - Neurocirurgia
CRM 4054-PB

① Ampicilina - 1g, IM, a 21h

Mr. Fictício
CRM 4054-PB
Neurologia - Neurocirurgia
CRM 4054-PB

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

Dr. Antônio de S. F.

- 1 - Vida estável.
- 2 - Sinais vitais - 50/80 - FC 110.
- 3 - Pressão - 120/80 - FC 50.
- 4 - Pulso - 4 - 120/80 - FC 50.
- 5 - Temperatura - 36,5 - FC 120.
- 6 - Saturação - 95% - FC 120.
- 7 - Diurese - 450 ml - FC 110.
- 8 - Exame físico - FC 110.

HORARIO

MEDICAMENTOS

DIAGNÓSTICO:

ANTONIO TARGINO
HOSPITAL

ALA:

NOME:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

30/11/18

Boacel

MA

4/12 2021

Dr. Rafael B. Holanda

EVOLUÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS											
1	4/12	Dr. Rafael B. Holanda	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21
2	4/12	Dr. Rafael B. Holanda	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21
3	4/12	Dr. Rafael B. Holanda	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21
4	4/12	Dr. Rafael B. Holanda	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21
5	4/12	Dr. Rafael B. Holanda	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21
6	4/12	Dr. Rafael B. Holanda	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21
7	4/12	Dr. Rafael B. Holanda	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21	16/04/21

HORÁRIO

MEDICAMENTOS

DIAGNÓSTICO: _____

ALTA: _____

NOME: _____

LEITO: _____

CONVÊNIO: _____

DATA: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA



EVOLUÇÃO MÉDICA

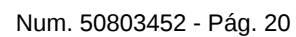
HORARIO

MEDICAMENTOS

		NOME: <i>João</i> ALA: <i>100</i> LEITO: <i>10</i> CONVENIO: <i>10</i>		DATA: <i>10/10/2010</i>		DIAGNÓSTICO:	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							



Dr. Emilio Raimundo A. Cruz
MEDICS
CRM-PB 9907



Clínica do Socorro Diniz
Téc. em Enfermagem
COREN 79184

Para avaliar o quadro atual, agente
foi em melhora, pois foi medicado e
os sintomas que, deve a
de 10% de albumina, pois
de 29.11.14, pois eram
de 03:00 horas, pois
de albumina

NOTA

Paciente atual com orientações, sempre
em ambiente, internado, atual no 100%
TC, com albumina, pois com melhora, pulmonar
de 29.11.14, pois não, apresentando melhora
de 03:00 horas, pois
de 03:00 horas, pois
de 03:00 horas, pois

TARDE

MANHÃ

DATA: 28/11/2014

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANTONIO TARGINO
HOSPITAL

NOME:

ALIA:

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:



Paciente evolui com quadro agudo
 comete orelha viral. Duas pnt
 evoluções de 100 mg e 200 mg
 de aspirina.

NOITE

Paciente evolui com quadro agudo
 comete orelha viral. Duas pnt
 evoluções de 100 mg e 200 mg
 de aspirina.

TARDE

Paciente evolui com quadro agudo
 comete orelha viral. Duas pnt
 evoluções de 100 mg e 200 mg
 de aspirina.

MANHÃ

Vera Lucia
 Enfermeira
 COREN-PB 716.385

EVALUÇÃO DE ENFERMAGEM		HOSPITAL		ANTONIO TARGINO	
NOME: Jony G. G. G.	ALTA:	LEITO:	MÉDICO:	IDADE:	DATA: 29/11/17

Jose Roberto da Silva Lima
Técnico de Enfermagem
COREN-PB 001071159

[Signature]

Paciente evolui satisfatório, com controle a queda,
aparelho, normotensão, respirando em ar ambiente,
durante episódios de dor abdominal, devendo
continuar com regime em líquidos e em cuidados da
enfermagem.

NOITE

[Stamp]
FARMACIA DO HOSPITAL

Paciente evolui satisfatório com controle a queda,
aparelho normal, respirando em ar ambiente, duran-
te episódios de dor abdominal, devendo continuar
com regime em líquidos e em cuidados da
enfermagem.

TARDE

Gerardo N. Ribeiro
COREN-PB 0043071-TE

Paciente evolui satisfatório com controle a queda,
aparelho normal, respirando em ar ambiente, duran-
te episódios de dor abdominal, devendo continuar
com regime em líquidos e em cuidados da
enfermagem.

MANHÃ

DATA: 30/10/17

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM		NOME: <i>[Signature]</i>		ALA:
IDADE:	MÉDICO:	LEITO:		

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO



Shirley Maria Santos E.O.
Téc. de enfermagem
COREN-PB 846302

Paciente consciente, orientado ego, afetivo, suprimido, respirar em ambiente, expectorante, secreta de fezes, diarreica, sedosa do cuidado de enfermagem

NOITE

Lucimar F. Rodrigues
Téc. de enfermagem
COREN-PB 846302

Paciente evolui com melhora da medicação com suprimido normalizada orais dieta hospital segue bem segue ativamente segue com cuidados da enfermeira

TARDE

Gerailton N. Ribeiro
COREN-PB 846302

Paciente evolui mantendo peso e estado físico satisfatório

MANHÃ

DATA: 01/12/19

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM		NOME: Jorge		ALIA:	
IDADE:		MÉDICO:		LEITO:	
ANTONIO TARGINO HOSPITAL					

16/11/2017

HTCG-Painel Administrativo

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1544188

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/11/2017
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

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

Endereço: SÍTIO PENDENCIA

Sexo: M

Telefone: 987810948

Cidade: Gurjão

Nome da Mãe: RITA GARCIA CAJA

Idade: 05:1

RG: 987810948

CPF: 987810948

Profissão: 987810948

Data de Nascimento: 16/11/2017

Atendimento: 16/11/2017

Hora: 12:26:05

CRM: 987810948

Especialidade: 987810948

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Médico: 987810948

OBS FICHA: 987810948

MECANISMOS DO TRAUMA: 987810948

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

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crispação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfiamento subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coriuto
15. F. Corante
16. F. Corpo-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contusa
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de sangue
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queda
34. Rinite
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNÓSTICO + CID:

COLUNA C6

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

1/2

Cirurgia

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente de entrada no pronto socorro com queixa de queda de moto, referindo dor em mão, náusea, vômito, confusão mental e vômito.

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

16/11/2017

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA 15 HGT: 15

EGR: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

VIA: 15

Podległy użyciu be-powidny
podległy użyciu be-powidny
podległy użyciu be-powidny

My 50th birthday over

ls: Old glenid

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

Dra. Camilla dos Veiros
Cirurgiã Geral - Especialista
Banco de Leite Humano
CRO-PE 7627
CRO-PB 4374

Realizações BNFE após
análises de custos.

CD: Subura

Paciente vítima de queda de metal no momento conhecido e exatidão. Apresenta queimaduras sobre vestimenta com seqüelas presentes sobre nuca e nariz. Ao exame radiológico apresenta fratura da mandíbula para-me-diana + fratura de zygoma.

BMF

SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

()óbito

Setor ou Hospital _____
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário) _____
Ass. de Maria G. de Almeida _____

Ass. do paciente/ou responsável(quando necessário)

<http://10.1.1.148/projetohcg/simpresurgencia.php?contar=1544188>



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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Thiago Garcia Lage		
End:	Gustavo Penedoneiro		
Data de Nascimento:	06.04.66	Documento de Identificação:	00000000
Queixa:	de	Data do Atendimento:	06.11.14
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Documento:	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

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



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

 Sistema Único da 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	
700800454767487		16/04/1966		Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
RITA GARCIA CAJA				83 987810948	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
SÍTIO PENDENCIA, 0, ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL		15 - UF	
Gurjão		250650		PB	
				16 - CEP	
				58670000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima de acidente de moto com trauma craniofacial TC cranio: HED bilobulado					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Paciente com trauma					
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				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Internação					
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
NCR		02		(X) CNS () CPF	
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				30 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
980016285871707				16/11/2017	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
VALBER THADEU DO VALE VITORINO					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBO	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO		47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					



Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485
Número do documento: 21110314290653000000048181485

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

Assinada eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07



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

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE JORGE GARCIA CAJA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1544291	
7 - CARTÃO DO SUS 700800454767487		8 - DATA DE NASCIMENTO 16/04/1966	
9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL RITA GARCIA CAJA		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 987810948	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO PENDÊNCIA, 0, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Gurjão		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250650	15 - UF PB
		16 - CEP 58670000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de acidente de moto com trauma craniofacial TC cranio. HED bilateral</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Piso de morte</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>TC de Cranio</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Hematoma Extradural</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA A/C 2	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016285871707	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE VALBER THADEU DO VALE VITORINO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/11/2017	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNPJ DA EMPRESA	
40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CNPJ	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
1 / 1		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





Número do documento: 21110314290653000000048181485

Num. 50803452 - Pág. 32

Paciente:	JORGE GARCIA CAJA	HED BILATERAL
16/11/2017	DIETA ZERO	NCR
	SF 0,9% 500ML EV 6/6H	
	SG 5% 1000ML IV 24H	
	FENITOINA 100MG IV 8/8H	
	DIPIRONA 1AMP + AD EV 6/6H	
	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
	Nauseadron 8mg + AD EV 8/8h s/n	
	HGT DE 6/6HRS - IR SC CONFORME PROTOCOLO	
	GH50% 3AMP EV SE HGT<70MG/DI	
	LOSARTANA 50MG SNE SE PA> 170X110	
	MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMETROS EM VERMELHA	
	CABECEIRA ELEVADA 30°	
	SSV+CCGG	

Equipe do Neurocirurgia

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

NOME: Leige Garcia Gato HD: TCE SETOR: A.5.22.23.02 LEITO: 30 DATA: 16/11/17

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	12H
HORÁRIO																								
P. ARTERIAL																								
PULSO/FC																								
TEMPERATURA																								
RESPIRAÇÃO																								
SAT. O2																								
PVC																								
PIA																								
HGT																								
I N F U S O E S																								
SF 0.9%																								
SRL																								
SG 5%																								
SORO EXTRA																								
SEDACÃO																								
ANALGESIA																								
MEDICAÇÕES																								
NORA																								
DORA																								
HEMODERIVADOS																								
NPT																								
I N F U S O E S																								
DIETA																								
ÁGUA																								
MEDICAÇÕES																								
D R E N A G E N S																								
SNGVÔMITOS																								
FESES																								
DIURESE																								
HEMODIALISE																								
DRENO TÓRAX D																								
DRENO TÓRAX E																								
DRENO SUCÇÃO																								
D. CAVITÁRIO																								
DVE																								
GANHOS 12H DIA=																								
PERDAS 12H DIA=																								
GANHOS 24H DIA=																								
PERDA 24H + 1000ML =																								
GANHOS 12H NOITE =																								
PERDAS 12H NOITE =																								
GANHOS 24H NOITE =																								
PERDA 24H =																								

ASSINATURA: _____

Num. 50803452 - Pág. 34



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

Protuário 932122	Atendimento 2264617	Reserva/Gula *0*
Paciente JORGE GARCIA CAJA [CPF: 5864338400] Endereço PENDENCIA Bairro ZONA RURAL Nome da Mãe RITA CAJA DE FARIAS Responsável JORGE GARCIA CAJA Bairro ZONA RURAL	Sexo Est. Civil M Divorciado Num. Complemento Cidade SOLEDADE Endereço SÍTIO Cidade SOLEDADE	Data 17/11/2017 Hora 15:09 Telefone R.G. Código CENS 1242038 700800454767487 Profissão Cidade → 988346800 Danielle (filha) SOLEDADE PB → 988063555 Paulo (filho) Num. COMISSÃO DE ARQUIVO Dr. Marlucio Dr. Ítalo César Dr. Luciano Holanda Enf. Andreza D. A. Prof. Dr. Luciano Holanda Origem NE (Núcleo de Referência) Data CRM 12948 www.lucianoholanda.med.br
Médico Atendente 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430] Procedimento Sector 3009 SECRETARIA SUS Acomodação POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO: Data mín. para alta - 17/11/2017	Convênio 50 SUS Atendente - SOCORRO	Médico Acompanhante 1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430] Cid Origem Data

Resumo de Tratamento

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

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

Histórico:

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

Alta - 1
Perm - 2 Raio X:
Transf - 3 [] Simples Uti 17, 11, 17
Óbito - 4 [] C/Contraste Entrada 22, 11, 17
Saida 22, 11, 17
Motivo Caract. Trat. _____
[] Sangue..: [] Rh.: [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

TOMOGRAFIA
17, M, 17th Edition

~~TOMOGRAFIA~~

18, ~~AA~~, 17

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
COLETA: 17¹ 11 14
HORA: 22:40
RESPONSÁVEL: *[Signature]*



 HOSPITAL ANTONIO TARGINO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		
	NOME: <i>JANAI GARCIA</i>	ALA:	LEITO:
DIAGNÓSTICO: <i>TCE</i>		DATA: <i>17/11/17</i>	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

James G. Smith

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

TCE

DATA:

17/11/17

[illegible]

HORÁRIO

[illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA

Prof. Dr. Luciano Holanda
NEUROCIRURGIÃO
CRM 2948

~~www.turkianonline.net.tr~~





EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome Paciente: John David Love

idea

Médico(Dr.)

DATA	EVOLUÇÃO	DATA	EVOLUÇÃO
14/11/17	11 Paciente em Power de UTI Paciente em Power de UTI do Hospital de Home Moste que tem problemas respiratórios, diarreias, vômitos e febre com contato sexual Mg: 18 4/1 de 1983 Médico: [Assinatura] Cirurgião Cirurgião 6863 PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTONIO TELÓRIO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS		



Diagnóza: Tick
contusio cerebri
facie

Infusões:		ATB:	
ATB:	-	ANALGE:	<i>pr</i>
OVA:	-	PROFXS:	<i>am</i>
SED:	-	OUTROS:	-
DIETA:	<i>3000</i>		

Controle:	PA:	TEMP:
FC:	BH:	EVAC:
DIURESE:	SECREÇÃO:	
SAT O2:		

Dispositivos:		Data:	
1- <i>celular</i>	Data:	2- <i>sup</i>	Data:
3- <i>...</i>	Data:	4- <i>...</i>	Data:

Respiração espontânea	☒	VC:
Ventilação mecânica	☐	SAT. O ₂ :
Modo:	EB	
FiO ₂ :		

Exame Fish 20.

Mr. Mark in 2001, first in group
Dr. Mr. @ 10.00, 10.00, 10.00
10.00, 10.00, 10.00
10.00, 10.00, 10.00
10.00, 10.00, 10.00

Dr. Eron Maciel Jerônimo
MÉDICO
CRM-PB. 5863

Dr. Jario Clementino de Araújo
CRM-PB 3024
19/05/2024

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



DATA: 18/11/17

Nome: ORGE GARCIA COFO Idade: 51A
DIH: DI CTI:

Diagnóstico:

TCE + CONTUSÃO CEREBRAL
POE NRC - HED

História da Moléstia Atual:

Atorrou para mte
emodoro e que uso de cont
epilepsia hereditária de focos
pericrânica e focal + a E

Antecedentes: Alérgico / Medicamentos de uso prévio: Internações

Infusões:

ATB: <u>ceftriaxona</u>	ATB: <u></u>
DVA: <u>SN</u>	ANALG: <u>+</u>
SED: <u>SN</u>	PROFIS: <u>+</u>
DIETA: <u>ZERO</u>	OUTROS: <u>+</u>

Controles:

FC: <u>118 bpm</u>	PA: <u>170/70 mmHg</u>	TEMP: <u>36.5°C</u>
DIURESE: <u>2.200 ml/24h</u>	BH: <u>Epilepsia</u>	EVAC: <u>-</u>
SAT O2: <u>94%</u>	SECREÇÃO: <u>-</u>	

Dispositivos:

1- <u>SVS</u>	Data: <u></u>	2- <u>Arrolo venoso</u>	Data: <u></u>
3- <u></u>	Data: <u></u>	4- <u></u>	Data: <u></u>

Respiração espontânea: +

Ventilação mecânica:

Modo: <u>CMV</u>	VC: <u>1200 ml</u>
FIO2: <u>100%</u>	SAT O2: <u>94%</u>

Exame Físico:

Apel - 120 bpm
condições de visibilidade
pele - rosada
sem turgor
sem edema
sem volume

Dr. Jairo Clementino de Araújo
CRM-PB 3024
CPF: 132 058 034-34



CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 19/11/17

Nome: Luiz Carlos Lima Idade: 61 anos
DIH: B-20 RCTI:

Diagnóstico:
- Infarto agudo do miocárdio
- Doença coronária
- Insuficiência cardíaca esquerda

História da Doença Atual:
Doença coronária de longa data, com sintomas de dor no peito, náusea e vômito, iniciados no período da manhã, evoluindo para infarto agudo do miocárdio, com alteração do ECG e elevação das troponinas.
Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio: Insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia.
Internações anteriores: Infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca.

Infusões:
ATB: Ceftriaxona ATB: Outro
DVA: Insulina ANA: Outro
SED: Outro PROFIS: Outro
DIETA: Via oral OUTROS: Outro

Controles:
FC: 98 bpm PA: 140/90 mmHg TEMP: 36,5°C
DIURESE: 1.800 ml RH: 90% EVAC: Normal
SAT O₂: 98% SECREÇÃO: Normal

Dispositivos:
1- Arterial na perna Data: 2- 30/10 Data:
3- Arterial na perna Data: 4- 30/10 Data:

Respiração: espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:
Modo: CMV FR: 12 VC: 1,2
FiO₂: 0,21 SAT O₂: 98%

Exame Físico:
ACV: Normal
AR: Normal
Orelhas: Normais
Olhos: Normais
Nariz: Normal
Boca: Normal
Tórax: Normal
Abdomen: Normal
Membros Superiores: Normais
Membros Inferiores: Normais
Reflexos: Normais
Sinais de congestão: Não presentes

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

CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA
EVOLUÇÃO

DATA: 20/11/17

Nome	João Carlos Costa	Idade	51
DIH:	DIET: 2 ^a D.H		

Diagnóstico:

TCE / Contusões crânio

P.O. H.A.P.

Fraqueza muscular

História da Moléstia Atual:

Paciente admitido no Estado geral regular, com contusões crânio, hipotensão, hemodinâmica instável, gemido.

Antecedentes Patológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

DO SUS

AO FORAL

SUS

Infusões	ATB:	ATB:
DVA:	ANALG:	ANALG:
SED:	PROFMS:	PROFMS:
DIETA:	OUTROS:	OUTROS:

Infusões: Uptreonone

DIETA: Oral

Controles:	PA:	TEMP:
FC:	BH:	EVAC:
DIURESE:	SECREÇÃO:	
SAT O ₂ :		

FC: 115 bpm

PA: 95 x 60

TEMP: 36,2°C

DIURESE: 1950 ml

SAT O₂: 96%

Dispositivos:	Data:	Data:
1- Sonda vesical	2- ND	
3-		

Respiração espontânea: ☒

Ventilação Mecânica:	FR:	VC:
Modo:	SAT. O ₂ :	
FIO ₂ :		

Exame Físico:

AV: pulso em 2^a e 3^a membros superiores

AR: ruído em 2^a e 3^a membros superiores

AB: fôlego em 2^a e 3^a membros superiores

MI: ruído em 2^a e 3^a membros superiores

Ext: membros inferiores intactos

Dr. Eron Maciel Jerônimo
MÉDICO
CRM-PB 5863



Diagnosis:

TCE / PO de Hengstler extrudering
fractures osseas de face

História da Molestia Atual

História da Imunologia Atual

facente ao tipo de os regulares, o corpo de regu-
lados, espalhados, acurados, e por isso de
e no momento de ser.

Antecedentes: Fisiológicos / Medicamentos de uso prévio / Internações

Infusões:	ATB:
ATB: Ceftriaxona (18.11)	ANALG: 5/10
DVA: 200 mg	PROFXS: 5mg
SED:	OUTROS:
DIETA: Alimentação VO	

Controle de:	PA: 150/90	TEMP: 38°C
FC: 100	BH: -558 ml	EVAC:
DIUREST: 3.300 ml	SECREÇÃO:	
SAT O2: 98%		

Dispositivos:		Data:
1- <i>Accesso wireless</i>	2- <i>SVD</i>	Data:
3-	4-	Data:

Respirație spontană: ☒

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

Exame Fisio

[illegible]

22710/17

October 17

20 JANU 1964 01:00 IN ARJULS
CASH 544
CASH 544 544-20





XIGENIO

OXIGENIO

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

HORÁRIOS

- [illegible]

Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO

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

OXIGENIO

TA: ____/____/____ LIGADO(H): ____ ASS: ____
TA: ____/____/____ DESLIGADO(H): ____ ASS: ____

OXIGENIO

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

MEDICAMENTOS

HORÁRIOS

DIETA ZERO ATÉ 2ª ORDEM						
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA						
O2 ÚMIDO, (CN, MV), VMI = ACM =						
CURATIVO EM REGIÃO SACRA/CALCÂNEO/TROCANTES ETC =ACM =						
SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL EM SISTEMA FECHADO ACM						
ACESSO VENOSO CENTRAL ACM						
SONDAS NASOGÁSTRICA/NASOENTERAL = ACM =						
SVD/SVA ACM						
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA 3 X DIA	18	12	14	21		
FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	18	12	14	21		
SRL 500ml EV 6 X 6 h	(12)	18	28	24	06	
RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h		14	28		06	
DECADRON 4mg EV 8 X 8 h		14	22		06	
HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h	12	18	22		06	
DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	(12)	18	24	08		
NAUSEDRON 8mg IV SN		14				
CAPOTEN 25mg SL SN		14				
CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (D0=18/11) DIA 00	18		22			
TRAMAL 100mg + SF 100ml IV SN						
DECUBITO ELEVADO	CT					
SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
CUIDADOS GERAIS DE UTI	CT					

Dr. Jairo Pimentel de Araújo
CRM-PB 6024
CPF 138.058.034-34
Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO

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

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

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS					
DIETA ZERO ATÉ 2ª ORDEM						
MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMETRICA						
22 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	9/10	15/21				
ISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	12/18	15/21				
RL 500ml EV 6 X 6 h						
ANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h	12/18	18/24	06			
DECADRON 4mg EV 8 X 8 h		14/18	06			
IIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h		14/18	06			
PIRONA 2CC IV 6 X 6 h	12/18	18/24	06			
LAUSEDRON 8mg IV SN						
APOTEN 25mg SL SN						
EFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (D0=18/11) DIA 01	10/18	22/24				
RAMAL 100mg + SF 100ml IV SN *						
ECUBITO ELEVADO	CT					
NAAIS VITAIS DE 4 X 4 h	CT					
UIDADOS GERAIS DE UTI	CT					
ginto 1/100 0,5g 1/100 0,5g 1/100 0,5g	10/18	22/24				
depono 50mg 10 12/124						
100mg 60 SIN.						

HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO

Dr. Italo César da Silva Siqueira
CRM 6169 - OAB 081.110.224-71

Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO

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

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

MEDICAMENTOS	HORÁRIOS					
DIETA HIPOSSÓDICA VO	06	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	18:30			
FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA	7	11:30	18:30			
SRL 500ml EV 6 X 6 h	12	18	24	06		
RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h		18	24	06		
DECADRON 4mg EV 8 X 8 h		18	22	06		
HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h		18	22	06		
DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h	12	18	24	06		
NAUSEDRON 8mg IV SN		14	05			
CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg	10		22			
CEFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (D0=18/11) DIA 02			22			
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>Aciclovir 3mls</i> <i>Formosol 10mls</i> <i>Aciclovir 3mls ACM</i>						

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

Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO

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

DIAGNÓSTICO:

TCE / CONTUSAO CEREBRAL

XIGENIO

ATA: ___/___/___ LIGADO(H): _____ ASS: _____

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

OXIGENIO

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

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

MEDICAMENTOS

HORÁRIOS

DIETA HIPOSSÓDICA VO + AGUA 100ml VO 3/3h.

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

5RL 500ml EV 6 X 6 h

RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h

DECADRON 4mg EV 8 X 8 h

HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h

DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h

VAUSEDRON 8mg IV SN

CAPOTEN 25mg SL SE PA>160x110mmHg

EFTRIAXONA 1g IV 12 X 12 h (DO=18/11) DIA 08

RAMAL 100mg + SF 100ml IV SN

OSARTANA 50mg VO DE 12/12h

NLODIPINO 10mg VO DE 12/12h

RECUBITO ELEVADO

INAAIS VITAIS DE 4 X 4 h

ATIVIDADES GERAIS DE UTI

Valdes Gung + ABD IV ACM.

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 - 25-12-2017 25-12-2017	08					

HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO

Dr. José Robson Vieira Farias

CRM 3313 - C.F. 379.884.924-70

Assinatura do Médico



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485

Número do documento: 21110314290653000000048181485

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Gonçalo Garcia Caja IDADE:
ALA: UTI LEITO: 12 MÉDICO: Dr. J. N. N.

DATA: 17/11/17

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 acidentado, confuso,
feito e ~~co~~ passado SVD, segue as
ordens

Adriana Alves Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN-PB 096.780

NOITE

Paciente evolui estável confuso. agitado
não acatou dieta vol. diures presente vol
SVD. segundo Sinalmento específico segue em
dieta zero até segundo ordens

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: George Garcia Cayá IDADE: 51 anos
ALA: UTI LEITO: 13 MÉDICO: Dr. Jairo

DATA: 18/11/17

MANHÃ

Paciente acordado, desorientado, em Jejum, diurese
p/s. Medicado, em ar ambiente, feito TC de crânio.
Paciente acordado às 10:0h foi encaminhado ao E.C
p/ submeter ao procedimento cirúrgico.
Paciente acordado e 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 acordado, consciente, diurese
presente por SVO aspecto claro, respiração
SSVU, medicado em. feito curativos
gerais.

Adriana Alves Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - PB 696.760

NOITE

Paciente sonolento, respiração espontânea, cefaleia,
pico hipertensivo, diurese p. cateter, hidratação p. veia
periférica, sob uso de O₂ p. cateter, feito curativos e
controles.

Thalita Guedes
Téc. de Enfermagem
COREN 340.194/PB





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

George G. Costa

IDADE:

31a

ALA:

UTI

LEITO:

06

MÉDICO:

Dr. Dargival

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

Suelio Moreira Torres Farias
Téc. Enfermagem
552594

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 699587

NOITE

Paciente evolui acordado,
afelil, não aceitou dieta
oral, porém aceitou água,
diurese presente sob SSV, foi
m.c.p.m. realizado cuidados in-
termedios. Vbs: perimanece e
dr. de ref. e

Sandra Elisabete do Silva Nascimento
Téc. de Enfermagem
COREN PB 91762



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jorge Garcia Silva

IDADE: 51

ALA: UTI Geral

LEITO: 06

MÉDICO: Dr. Heron

DATA: 20/11/17

MANHÃ

Paciente segue eupneico, acordado, consciente, diurese por via oral, normotensa, afebril, refúcio de sono, glicemia realizada cgg e medicada 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.

Elaine A. Fernandes
Téc. de Enfermagem
COREN 699587

NOITE

Paciente acordado, confuso, respirações espontâneas, afebril, pico hipertensivo, diurese por cateter, hidratação por via periférica, monitorização cardíaca, feito cuidados e controles.

Marinalda Leal Guedes
Téc. de Enfermagem
COREN 34074/PB



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rorge Garcia Costa

IDADE: 51 anos

ALA: 08

LEITO: 06

MÉDICO: Dr. Robson

DATA: 21 / 11 / 17

MANHÃ

Paciente acordou com o q- do clínico geral, está
confuso, acordado, aceita dieta oral. medicado c.p.m.
Sigue a evolução do CTI.

PACIENTE EVOLUIU ACORDADO,
COBRADAS AO SUS

Shl
121405

TARDE

Paciente evoluiu acordado,
apresentou, pica hipertensiva,
diurese presente sob SVD, aceita
dieta oral. foi m. c.p. - re-
alizado em todos os intervalos.

Sandra Elisabete da Silva Nascimento
Técnica de Enfermagem
COREN-OR 417862

NOITE

Paciente evoluiu acordado,
afébril, não aceita dieta V.O.
diurese presente sob SVD, feito
curativo do registo reflete
foi m. c.p. - realizado ainda
dos intervalos.

Sandra Elisabete da Silva Nascimento
Técnica de Enfermagem
COREN-OR 417862



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: forge guais café

IDADE: 51 anos

ALA: un

LEITO: 06

MÉDICO: Dr. Paulo

DATA: 22 / 11 / 17

MANHÃ

Paciente evolui com EG regular, acordado porém confuso, respiração espontânea, apresentou vezes dois episódios, por m.c.p.u., verificadas SSVV, foi dado alta, aguarda familiares.

Liziane Maria Santos Farias
Téc. Enfermagem
522554

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





ANTONIO TARGINO

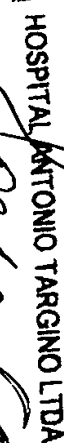
PHYSIOTHERAPY

Page: 51

Médico (DR):

Data	Evolução	
22/11 Paciente em EEC, contendo =		
18:30 Suspendida, UDA exteível, 8m de UDA,		
19:00 em sala de DE, SpO2 91%, ao AO,	PACIENTE ATENDIDO PEO SUS NA URGÊNCIA, ATENDIDO PINGMO	
20:25 em UDA, UDA exteível, 8m de UDA,	GUARDA EM SALA DE FORAM	
21:11 Paciente redirecionado para a UDA, 8m de UDA,	GUARDA EM SALA DE FORAM	
21:30 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
21:40 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
21:50 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
22:00 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
22:10 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
22:20 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
22:30 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
22:40 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
22:50 Paciente em UDA, 8m de UDA,		
23:00 Paciente em UDA, 8m de UDA,		





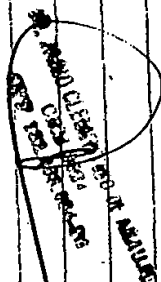
EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome Paciente

NOME: ALTE CARVALHO IDADE: 57
 ENDEREÇO: ALTE CARVALHO
 CIDADE: ALTE CARVALHO
 ESTADO: ALTE CARVALHO
 DATA: ALTE CARVALHO

Médico(Dr.)

DATA	EVOLUÇÃO	DATA	EVOLUÇÃO
22/11	Admissão		
17/11	Até 1900m no DF, Indic. do CTT onde se pudesse fazer o teste e com o teste + hormônios destruído + ind. n. do do feto. Abordado. - Comissão		



PRESCRIÇÃO

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

	08	11	14	17	20	
01. DIETA HIPOSSÓDICA VO C/AUX						
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						
10. FISIOTERAPIA MOTORA 2 X DIA						
11. SRL 500ml EV 6 X 6 h						
12. RANITIDINA 50mg IV 12 X 12 h						
13. DECADRON 4mg EV 8 X 8 h						
14. HIDANTAL 2CC + AD 8CC IV 8 X 8 h						
15. DIPIRONA 2CC IV 6 X 6 h						
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						
19. TRAMAL 100mg + SF 100ml IV SN						
20. LOSARTANA 50mg VO DE 12 X 12 h						
21. ANLODIPINO 10mg VO DE 12 X 12 h						
22. DECUBITO ELEVADO						
23. SINAIS VITAIS DE 4 X 4 h						
24. CUIDADOS GERAIS						
ES. INOX 1g VO						

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

Dr. Euler Fabrício A. Cruz
MÉDICO
CRM-PB 9307

Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: João Sanele Cass

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 23.11.17

MEDICAMENTOS	HORÁRIO					
23/11	①	Antipsicótico				
	②	Antipsicótico N 12/12	18	06		
	③	Desedente N 8/05	14	22	06	
	④	Antipsicótico N 8/05	14	22	06	
	⑤	Antipsicótico N 12/12	10	22		
	⑥	Antipsicótico N 12/12	18	24		
	⑦	Antipsicótico N 12/12	10	22		
	⑧	Antipsicótico N 12/12				
	⑨	Antipsicótico N 12/12				
	⑩	Antipsicótico N 12/12				
	⑪	Antipsicótico N 12/12				
	⑫	Antipsicótico N 12/12				
	⑬	Antipsicótico N 12/12				
	⑭	Antipsicótico N 12/12				
	⑮	Antipsicótico N 12/12				
	⑯	Antipsicótico N 12/12				
	⑰	Antipsicótico N 12/12				
	⑱	Antipsicótico N 12/12				
	⑲	Antipsicótico N 12/12				
	⑳	Antipsicótico N 12/12				
	㉑	Antipsicótico N 12/12				
	㉒	Antipsicótico N 12/12				
	㉓	Antipsicótico N 12/12				
	㉔	Antipsicótico N 12/12				
	㉕	Antipsicótico N 12/12				
	㉖	Antipsicótico N 12/12				
	㉗	Antipsicótico N 12/12				
	㉘	Antipsicótico N 12/12				
	㉙	Antipsicótico N 12/12				
	㉚	Antipsicótico N 12/12				
	㉛	Antipsicótico N 12/12				
	㉜	Antipsicótico N 12/12				
	㉝	Antipsicótico N 12/12				
	㉞	Antipsicótico N 12/12				
	㉟	Antipsicótico N 12/12				
	㊱	Antipsicótico N 12/12				
	㊲	Antipsicótico N 12/12				
	㊳	Antipsicótico N 12/12				
	㊴	Antipsicótico N 12/12				
	㊵	Antipsicótico N 12/12				
	㊶	Antipsicótico N 12/12				
	㊷	Antipsicótico N 12/12				
	㊸	Antipsicótico N 12/12				
	㊹	Antipsicótico N 12/12				
	㊺	Antipsicótico N 12/12				
	㊻	Antipsicótico N 12/12				
	㊼	Antipsicótico N 12/12				
	㊽	Antipsicótico N 12/12				
	㊾	Antipsicótico N 12/12				
	㊿	Antipsicótico N 12/12				
	1	Antipsicótico N 12/12				
	2	Antipsicótico N 12/12				
	3	Antipsicótico N 12/12				
	4	Antipsicótico N 12/12				
	5	Antipsicótico N 12/12				
	6	Antipsicótico N 12/12				
	7	Antipsicótico N 12/12				
	8	Antipsicótico N 12/12				
	9	Antipsicótico N 12/12				
	10	Antipsicótico N 12/12				
	11	Antipsicótico N 12/12				
	12	Antipsicótico N 12/12				
	13	Antipsicótico N 12/12				
	14	Antipsicótico N 12/12				
	15	Antipsicótico N 12/12				
	16	Antipsicótico N 12/12				
	17	Antipsicótico N 12/12				
	18	Antipsicótico N 12/12				
	19	Antipsicótico N 12/12				
	20	Antipsicótico N 12/12				
	21	Antipsicótico N 12/12				
	22	Antipsicótico N 12/12				
	23	Antipsicótico N 12/12				
	24	Antipsicótico N 12/12				
	25	Antipsicótico N 12/12				
	26	Antipsicótico N 12/12				
	27	Antipsicótico N 12/12				
	28	Antipsicótico N 12/12				
	29	Antipsicótico N 12/12				
	30	Antipsicótico N 12/12				
	31	Antipsicótico N 12/12				
	32	Antipsicótico N 12/12				
	33	Antipsicótico N 12/12				
	34	Antipsicótico N 12/12				
	35	Antipsicótico N 12/12				
	36	Antipsicótico N 12/12				
	37	Antipsicótico N 12/12				
	38	Antipsicótico N 12/12				
	39	Antipsicótico N 12/12				
	40	Antipsicótico N 12/12				
	41	Antipsicótico N 12/12				
	42	Antipsicótico N 12/12				
	43	Antipsicótico N 12/12				
	44	Antipsicótico N 12/12				
	45	Antipsicótico N 12/12				
	46	Antipsicótico N 12/12				
	47	Antipsicótico N 12/12				
	48	Antipsicótico N 12/12				
	49	Antipsicótico N 12/12				
	50	Antipsicótico N 12/12				
	51	Antipsicótico N 12/12				
	52	Antipsicótico N 12/12				
	53	Antipsicótico N 12/12				
	54	Antipsicótico N 12/12				
	55	Antipsicótico N 12/12				
	56	Antipsicótico N 12/12				
	57	Antipsicótico N 12/12				
	58	Antipsicótico N 12/12				
	59	Antipsicótico N 12/12				
	60	Antipsicótico N 12/12				
	61	Antipsicótico N 12/12				
	62	Antipsicótico N 12/12				
	63	Antipsicótico N 12/12				
	64	Antipsicótico N 12/12				
	65	Antipsicótico N 12/12				
	66	Antipsicótico N 12/12				
	67	Antipsicótico N 12/12				
	68	Antipsicótico N 12/12				
	69	Antipsicótico N 12/12				
	70	Antipsicótico N 12/12				
	71	Antipsicótico N 12/12				
	72	Antipsicótico N 12/12				
	73	Antipsicótico N 12/12				
	74	Antipsicótico N 12/12				
	75	Antipsicótico N 12/12				
	76	Antipsicótico N 12/12				
	77	Antipsicótico N 12/12				
	78	Antipsicótico N 12/12				
	79	Antipsicótico N 12/12				
	80	Antipsicótico N 12/12				
	81	Antipsicótico N 12/12				
	82	Antipsicótico N 12/12				
	83	Antipsicótico N 12/12				
	84	Antipsicótico N 12/12				
	85	Antipsicótico N 12/12				
	86	Antipsicótico N 12/12				
	87	Antipsicótico N 12/12				
	88	Antipsicótico N 12/12				
	89	Antipsicótico N 12/12				
	90	Antipsicótico N 12/12				
	91	Antipsicótico N 12/12				
	92	Antipsicótico N 12/12				
	93	Antipsicótico N 12/12				
	94	Antipsicótico N 12/12				
	95	Antipsicótico N 12/12				
	96	Antipsicótico N 12/12				
	97	Antipsicótico N 12/12				
	98	Antipsicótico N 12/12				
	99	Antipsicótico N 12/12				
	100	Antipsicótico N 12/12				

EVOLUÇÃO MÉDICA

23/11/17 Ant. de ...

24/11/17 Ant. de ...



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jorge Caya

IDADE:

ALIA: exurgica

LEITO: 62-2

MÉDICO: Neuro

DATA: 22/11/2021

MANHÃ

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

TARDE

Paciente adm da Uti pela manhã (SIC),
acordado, agitado, confuso, aceita dieta,
em ~~diálise~~ SSUV estaveis, em P.O
Tardio ~~diálise~~ presente em SVD,
m.c.p., ~~que~~ eu de do.

Bianca Huston A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 1176602

NOITE

Paciente acordado, confuso, agitado, com hidratação venosa
aceita, dieta oferecida relata diarreia, em P.O, diurese
em SVD, presente, m.e.p., ~~que~~ uso eu de do.

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jorge

IDADE: _____

ALA: emergência

LEITO: 682

MÉDICO: Nuno

DATA: 23.11.22

MANHÃ

Paciente atendido pelo SUS, admitido, mantendo venoclise
de 1 litro de soro fisiológico, normotenso, eutímico, sem
queixa, segue medicado e segue sob cuidados da equipe

Deborah V. Lima
Téc. de Enfermagem
COREN 524552

TARDE

Paciente evolui estável e consciente
por hora, em venoclise m.c.p. aceita dieta
aperida os sinais eliminatórios + segue
sob cuidados de enf.

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

Edvânia S. Fidalgo
Téc. de Enfermagem
COREN 759.172

NOITE

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

Maria Cristina Silva
Téc. de Enfermagem
COREN 44437



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: ROSE CAROL CARDI

IDADE: _____

SEXO: Feminino

LEITO: 688

MÉDICO: _____

DATA: 24.11.19

MANHÃ

Paciente evolui mantendo quadro estável. Aguda consciente e orientado. Acitando bem a dieta, diurese presente espontânea, recebeu alta hospitalar às 8:30h.

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

Zenilda da Silva
CEREN 246278

TARDE

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

NOITE



NOME: JOSE PARAIBA CAPE 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

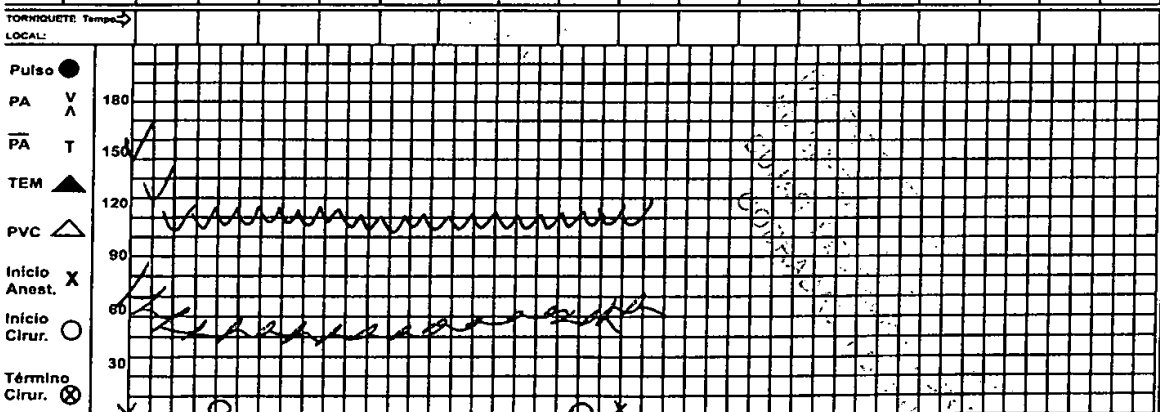
CIRURGIA
☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA
☐ AMBULATORIAL
ESTADO FÍSICO (ASA)
I ☐ II ☒ III ☐ IV ☐ V
DATA: 18/11/17

Diagnóstico Pré-Operatório: TCE e Hematoma extradural

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)
Dr. João Siqueira
2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica Dr. Roberto da Silva Instrumentador(a) _____
Procedimentos Realizados: Craniotomia e craniectomia para remoção de hematoma extradural
Códigos: _____

Horário	OXIGÊNIO	Nº 1	Nº 2	Nº 3	Nº 4	Nº 5	Nº 6	Nº 7	Nº 8	Nº 9	Nº 10	Nº 11	Nº 12
9:30													
10:30													
11:30													
AGENTES													
LÍQUIDOS													
VENOSOS													
ECG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SpO ₂	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EICO ₂	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DIURESE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PARA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



RESP: O ESP: O ASS: O CONT: O
INTERCORRÊNCIA: _____

INDUÇÃO
☒ Inalatória Venosa
☐ Inalatória Venosa
☐ Sob Máscara
☐ Máscara Laríngea
INTUBAÇÃO TUBO Nº 8.0
☒ Oral
☐ Nasal
☒ C/Balão
☐ S/Balão
☐ Armado
☐ Duplo Lúmen
☐ Traqueostomia
ANESTESIA REGIONAL
☐ Peridural
☐ Raqui-anestesia
☐ Epidural Sacra
☐ N. Perférico
☐ Simples
☐ Contínua
☐ Catéter n° _____
ANESTESIA REGIONAL
☐ P Braq/Cervical
☐ Supraclavicular
☐ Interescaféntico
☐ Axilar
☐ Venosa Regional
☐ Infiltração
☐ Sedação
PUNÇÃO
☐ Mediana
☐ Sentada
☐ DL
☐ D
☐ E
LOCAL: _____
CALIBRE: _____
TIPO: _____

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
☒ Aspirador
☒ ECG
☒ Oxímetro
☒ BIA
☐ Pa Invasiva
☐ Capnógrafo
☐ Bomba de Infusão
☐ Ventilação Mecânica

Adre: _____
Atrop: _____
Bextr: _____
Buph: _____
Buph: _____
Buph: _____
Cipro: _____
Clexa: _____
Deca: _____
Dipir: _____
Dipir: _____
Dipir: _____
Dobut: _____
Dorm: _____
Efedri: _____
Esme: _____
Fenta: _____
Flagyl: _____
Foran: _____
Halot: _____
Hidro: _____
Hypnc: _____
Kefaz: _____
Keflin: _____
Kotal: _____
Lasix: _____
Liquer: _____
Methe: _____
Morfin: _____
Narcan: _____
Napor: _____
Nimbi: _____
Niprid: _____
Norad: _____
Norcu: _____
Ocitoc: _____
Pavulc: _____
Plasil: _____
Profer: _____
Prosti: _____
Quellc: _____
Raphe: _____
Revitr: _____
Sevor: _____
Sufan: _____
Tilatil: _____
Tacriu: _____
Ultiva: _____
Valtur: _____
Xyloc: _____
Xyloc: _____
Xyloc: _____
Zofran: _____
Água: _____
Água: _____
S. Fis: _____
S. Gll: _____
S. de: _____
C. He: _____
Plasn: _____
Oxigi: _____
Nº 0: _____
Ar Mi: _____
Co₂: _____
MA: _____
Aqui: _____
Aqui: _____
Aqui: _____
Aqui: _____
Cal: _____
Cato: _____
Cato: _____
Cato: _____
Eletr: _____
Equi: _____
Equi: _____
Filtr: _____
Gue: _____
Man: _____
Equi: _____



BOLETIM DE ANESTE

NOME: <u>10401 Parana Café</u>		APTO: _____						
CONVÊNIO: <u>503</u>	IDADE: <u>61</u>	SEXO: ☒ M ☐ F	CIRURGIA ☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA ☐ AMBULATORIAL					
NÚMERO DA CARTEIRA: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	INÍCIO: <u>9:30</u>							
GUIA DE INTERNAÇÃO: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	TERMINIO: <u>11:30</u>							
SENHA: <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☐ NÃO							
DATA DE NASCIMENTO: <u>16/04/1966</u>		ESTADO FÍSICO (ASA) <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 25%;">I</td> <td style="width: 25%;">II</td> <td style="width: 25%;">III</td> <td style="width: 25%;">IV</td> <td style="width: 25%;">V</td> </tr> </table>		I	II	III	IV	V
I	II	III	IV	V				
DATA: <u>18.11.17</u>								

Diagnóstico Pré-Operatório: TCE e Hematoma subdural

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)	2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)
Dr. Leão Sepúlveda	
Equipe Anestesiológica	Instrumentador(a)
Dra Patrícia Lemos	

Procedimentos Realizados:	Códigos
Tred. curvado de <i>Artemisa extradural</i>	
<i>craniotomia descompressiva</i>	

[illegible]

TORNIGUETE Tempo	
LOCAL:	
Pulso ●	
PA V	
PA T	
TEM ▲	
PVC △	
Início Anest. X	
Início Cirur. ○	
Término Cirur. ⊗	
RESP	ESP
○	ASS CONT.

INTERCORRÊNCIA										
TÉCNICA ANESTÉSICA										
INDUÇÃO										
MANUTENÇÃO										
INTUBAÇÃO TUBO Nº <u>870</u> ☒ Oral ☐ Nasal ☒ C/Balão ☐ S/Balão ☐ Aramado ☐ Duplo Lúmen ☐ Máscara Laríngea ☐ Traqueostomia ☐ ANESTESIA REGIONAL ☐ Peridural ☐ Raqui-anestesia ☐ Epidural Sacra ☐ N. Perférico ☐ Simples ☐ Contínua ☐ Catéter nº ☐ ANESTESIA REGIONAL ☐ P Braço/Cervical ☐ Supraclavicular ☐ Interscafélico ☐ Axilar ☐ Venosa Regional ☐ Infiltração ☐ Sedação PUNÇÃO ☐ Mediana ☐ Paramediana ☐ Sentada ☐ DL ☐ D ☐ E LOCAL _____ CALIBRE _____ TIPO _____ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS ☒ Aspirador ☒ Barata ☒ ECG ☐ Ols ☒ Oxímetro ☐ Pe Invasiva ☒ Mon ☒ Capnógrafo ☐ Bomba de Infusão ☒ Ventilação Mecânica										

Adrenaline	Adren
Atropine	Atrop
Bextramolone	Bextro
Bupivacaine	Bupiv
Ciprofloxacin	Cipro
Cloxacillin	Clexace
Decadron	Decaca
Diprivan	Dipriva
Diprivan	Dipriva
Dobutamine	Dobutu
Dormin	Dormin
Efedrin	Efedrin
Esmenten	Esment
Kefazolin	Kefazol
Flagyl	Flagyl
Foran	Foran
Halotran	Halotran
Hidrocodon	Hidroco
Hypnodyn	Hypnodyn
Kefazolin	Kefazol
Keflin	Keflin
Kotalin	Kotalin
Lasix	Lasix
Liquor	Liquor
Morfin	Morfin
Narcarnal	Narcarn
Naprosen	Naprosen
Nimbidin	Nimbidin
Nipridin	Nipridin
Noradrenalin	Noradren
Norcortin	Norcortin
Ocilocin	Ocilocin
Pavulin	Pavulin
Plasmin	Plasmin
Proferon	Proferon
Prostheron	Prostheron
Quelicin	Quelicin
Sevorin	Sevorin
Sufenin	Sufenin
Tilatil	Tilatil
Tacrolin	Tacrolin
Ulitiva	Ulitiva
Vallur	Vallur
Xylocin	Xylocin
Xylocin	Xylocin
Xylocin	Xylocin
Zofran	Zofran
Agua	S. Gli
Agua	S. de
S. Fis	C. He
C. He	Plasma
Plasma	Oxigen
Oxigen	N ² O
N ² O	Ar Me
Ar Me	CO ₂
CO ₂	MA
MA	Aqua
Aqua	Agul
Agul	Agul
Agul	Agul
Agul	Cal
Cal	Cate
Cate	Cate
Cate	Eletr
Eletr	Equi
Equi	Equi
Equi	Filtro
Filtro	Gue
Gue	Man
Man	



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	fL 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	0-2 0-500
Segmentados	85	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	1-5 36-500
Basófilos	0	0-2 0-100
Linfócitos	11	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0-1 0-100
Monócitos	2	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		

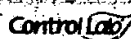


Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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, 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 Juveniano 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

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

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

CREATININA

Resultado

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

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.

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

UREIA

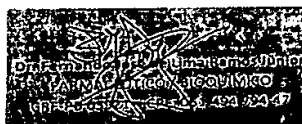
Resultado

35

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO



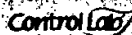
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

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

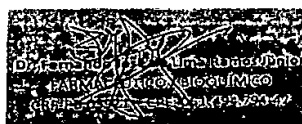
Resultado **93**

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
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS PELO 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 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 - 68PC
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	14834	/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.		

Método: 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, 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 Juveniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Serefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>
 Número do documento: 21110314290653000000048181485

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: **0,68**

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 (111)

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 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: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

UREIA

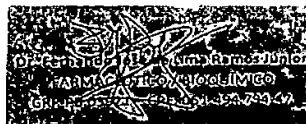
Resultado: **42**

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 Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezelredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Controle de Qualidade em Laboratórios Médicos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

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 (93)

Método: ELETRODO 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 (93)

Método: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

Valor(es) de referência

mEq/L 135 a 145

CLORETO

Resultado **97**

Resultados Anteriores: 18/11/17 (93)

Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

Valor(es) de referência

mmol/L 96 a 106



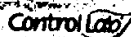
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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, 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 Serefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485



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	fL 80,0 - 98,0
Resultados Anteriores:	19/11/17 (95,1) 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:		Normocitose. 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:	AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80		
Material:	SANGUE TOTAL		

Dra. Lays 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 Calisto, 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 Catanguera - Rua Felizardo Sezelredo 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 (119) 18/11/17 (113)

Método: AUTOMACÃO (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:

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

mL/min/1,73
m2

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: AUTOMACÃO (HITACHI 917)

Material: SORO

UREIA

Resultado **37,6**

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

Método: AUTOMACÃO (HITACHI 917)

Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

Dra. Lays 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 Juveniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - RBC

Controlado

Controlado



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
idade: **51 ANOS**
RA: **0110660310** 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**



POTÁSSIO

Resultado **4,10**

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

Método: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

Valor(es) de referência

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

SÓDIO

Resultado **136,00**

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

Método: ELETRODO ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

Valor(es) de referência

mEq/L **135 a 145**

CLORETO

Resultado **95**

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

Método: ELETRODO DE ION SELETIVO (ISE)

Material: SORO

Valor(es) de referência

mmol/L **96 a 106**

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL

Resultado **68,90**

Valor(es) de referência

mg/L

Para risco coronariano:
baixo risco: até 1
risco médio: 1 a 3
alto risco: maior que 3

Para doenças inflamatórias na
fase aguda: maior que 8

Método: QUIMIOLUMINESCENCIA

Material: SORO

Dr. Layla Maria Neves dos Santos
FARMACEUTICA / BIOQUIMICA
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 Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Serefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

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: 18/11/17 (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	0-2 0-500
Segmentados	74	8106	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	110	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	19	2081	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	6	657	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.

Ade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Ade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Ade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Ade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Ade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Ade 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 Exatidão para Laboratórios Médicos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

Pr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
idade: **51 ANOS**
RA: **0110060376** 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**



POTÁSSIO

Resultado **4,00**

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

Método: **ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)**
Material: **SORO**

Valor(es) de referência

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

SÓDIO

Resultado **135,00**

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

Método: **ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)**
Material: **SORO**

Valor(es) de referência

mEq/L **135 a 145**



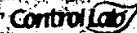
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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 Clínicos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

Num. 50803452 - Pág. 75

Sr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
 Idade: **51 ANOS**
 RA: **0110060376** Dt Coleta: **21/11/2017 - 22:48:22**
 Sr(a): **VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115**
 Convênio: **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	fL 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. Lays Maria Neves dos Santos
 FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
 CRP-PB 4714

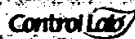


Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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, 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

Paciente atendido pelo SUS

Nome: JORGE GARCIA CAJA
Idade: 51 ANOS
Data: 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 ✓

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

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

CREATININA

Resultado

0,60 ✓

Resultados Anteriores: 20/11/17 (0,66) 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

151 ✓

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

Adulto negro

183

Resultados Anteriores: 20/11/17 (164) 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 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

JREIA

Resultado

39 ✓

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

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

Dr. 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, 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 Associados

Control Lab

Control Lab

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

Num. 50803452 - Pág. 77

Pr(a): **JORGE GARCIA CAJA**
Idade: **51 ANOS**
RA: **0119060376** Dt Coleta: **21/11/2017 - 22:48:22**
Dr(a): **VALERIANO SOARES AZEVEDO/4115**
Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
Emissão: **21/11/2017 - 09:32:50** Local: **UTI GERAL**



POTÁSSIO

Resultado **4,00** ✓
Resultados Anteriores: 20/11/17 (4,10) 19/11/17 (4,00) 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 **135,00** ✓
Resultados Anteriores: 20/11/17 (136,00) 19/11/17 (137,00) 18/11/17 (136,00)
Metodo: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mEq/L **135 a 145**

CLORETO

Resultado **102** ✓
Resultados Anteriores: 20/11/17 (95) 19/11/17 (97) 18/11/17 (93)
Metodo: ELETRÔDO DE ION SELETIVO (ISE)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mmol/L **96 a 106**

PACIENTE ATENDIDO POR SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
COBRANÇA POR SUS

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



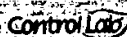
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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, 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

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:	Normocitose. Normocromia.	

LEUCOGRAMA

Leucócitos	20624	/mm3	3800 - 10000
Resultados Anteriores: 21/11/17 (10954) 20/11/17 (14604) 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
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.

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 Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485

Num. 50803452 - Pág. 79

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 Valor(es) de referência
Resultado **4,00** 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: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)
Material: SORO

SÓDIO Valor(es) de referência
Resultado **133,00** 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: ELETRÔDO ION SELETIVO (ISE)
Material: SORO

Assinatura
Dra. Lays Maria Neves dos Santos
FARMACEUTICA / BIOQUIMICA
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, 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 Catungueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2021 14:29:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21110314290653000000048181485>

Número do documento: 21110314290653000000048181485



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Paciente: Jorge Garcia-Cajá

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 ATENDIDO
NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA
E TRAUMA DO HOSPITAL
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA





**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 transverso e 3.0 cm no eixo céfalocaudal.

Hematoma subdural fronto parietal esquerdo, medindo aproximadamente 0.8 cm no diâmetro transverso 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.

Desvio 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 19 JUN 1998

NOME JORGE GARCIA CAJA

José Garcia de Farias

Rita Caja de Farias

Soledade-PB 16-04-1956

Cert. Cas. nº 1.819. Fls. 251v

Liv. B-5 Cart. Soledade-PB

586433384-00 PASEP 1700 144 949-9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

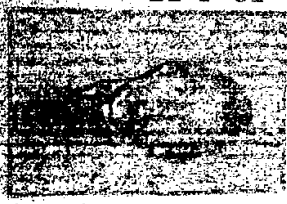
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DI P 61





Jorge Garcia Caja

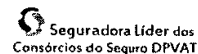
ASSINATURA DO TITULAR

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO

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

JORGE GARCIA CAJA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Patricia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jorge Garcia Caja
DATA DO ACIDENTE 16/11/2017 CPF DA VÍTIMA 586.433.384-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR STIO ANSICO
Nº SIN COMPLEMENTO BAIRRO APCA BURAL
CIDADE GURJAO UF PB CEP 58670-000
E-MAIL TELEFONE (83) 9 8806.3555

SEALQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IME (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IME, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IME (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM LAUDO DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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)
- ORÇ. REPRESENTANTE LEGAL: QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ 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)
- ORÇ. REPRESENTANTE LEGAL: QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 16/11/2017

DATA 16/11/2018 MATR. CORREIOS 8438.888-7

IDENTIDADE 242.038 24 UIA

NOME JAQUELINE B.S. DOUGLAS

ASSINATURA [Assinatura] ASSINATURA

[Assinatura]

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 GURJÃO, onde resido na(o) SÍTIO AUGÍCO, 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 UOL4507, 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.

GURJÃO/PB, 06 de fevereiro de 2018

local e data

Jorge Garcia Casa

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 Froes

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLEDADE/PB

Processo n.º 08001319320198150191

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JORGE GARCIA CAJA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE INTERESSE DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

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

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Ora Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar uma possível lesão decorrente do acidente sofrido e não oportunizaram uma melhora.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar um suposto agravamento de eventual lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento de eventual lesão sofrida à época do acidente capaz de gerar indenização, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOLEDADE, 29 de outubro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

