

Procuração "Ad Judicia"

OUTORGANTE:

FRANCINALVA MARIA DE AZEVEDO, brasileira, solteira, do lar, inscrita no CPF 064.175.874-01, portadora do RG nº 002.500.388 ITEP/RN, residente e domiciliada no Sítio Seridó, 35, município de São José do Seridó/RN. CEP: 59378-000. Telefone de contato: 98809-1239 (Whats).

OUTORGADO:

SILVANA MARIA DE AZEVEDO, brasileira, casada, Bacharela em Direito, portadora do RG nº 1.466.339 SSP/RN, inscrita no CPF nº 969.266.004-49 e inscrita na OAB/RN nº 5474-B, com endereço profissional na rua Major João Alves, 245-H, Centro de Jardim do Seridó/RN; Telefax (84)3472-2784, 99929-9084; e-mail: silvedo@yahoo.com.br e Silvana.rn@hotmail.com, onde recebe informações e notificações.

PODERES:

Nos termos do art. 105 do Código de Processo Civil, os contidos na cláusula "ad judícia", Confere(em) amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judícia et extra", para em nome do outorgante, em qualquer juízo, instância ou Tribunal, ou fora deles, defender seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender os interesses da outorgante nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-o, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, **transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação**, firmar compromissos, reconhecer procedência de pedido, podendo ainda subestabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, especialmente para _____

(local e data), Jardim do Seridó/RN, 08 de novembro de 2019.

Silvana Maria de Azevedo
Outorgante





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO
NOME
FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO

MATRÍCULA
0955050155 1986 1 00009 118 0000959 17
(Liv.: A-09; fls.:118V; Termo: 959)

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

OITO DE JUNHO DE MIL NOVECENTOS E OITENTA E SEIS

DIA / MÊS / ANO

08/06/1986

HORA

02:30

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN

MUNICÍPIO DE REGISTRO DA UF

SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN

LOCAL DE NASCIMENTO

RESIDÊNCIA A RUA MANOEL
THEODORO, 115

SEXO

FEMININO

FILIAÇÃO:

FRANCISCO AZEVEDO e MARIA VERA AZEVEDO

AVÓS

PATERNO: JÚLIO FIRMO DE AZEVEDO e RAIMUNDA AZEVEDO

MATERNO: JOÃO ALBINO DE MEDEIROS e FRANCISCA MEDEIROS

GÊMEO

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

XX

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

TREZE DE JUNHO DE MIL NOVECENTOS E
OITENTA E SEIS

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

NADA CONSTA

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES: Registro de Nascimento lavrado em 13/06/1986, no Livro A-09, às fls.118V, sob o nº 959.

CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN

CNPJ: 08.220.923/0001-60

Tabelião Titular: Henrique C. F. Bezerra

Rua João Raimundo Pereira, 53

Centro - CEP: 59.378-000

São José do Seridó/ RN

Tel.: (84) 9.8620-2150

e-mail: cartoriosaojosedoseridorn@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

São José do Seridó/RN, 02 de agosto de 2017.

Italo Ramon Chianca e Silva
Tabelião Público Substituto

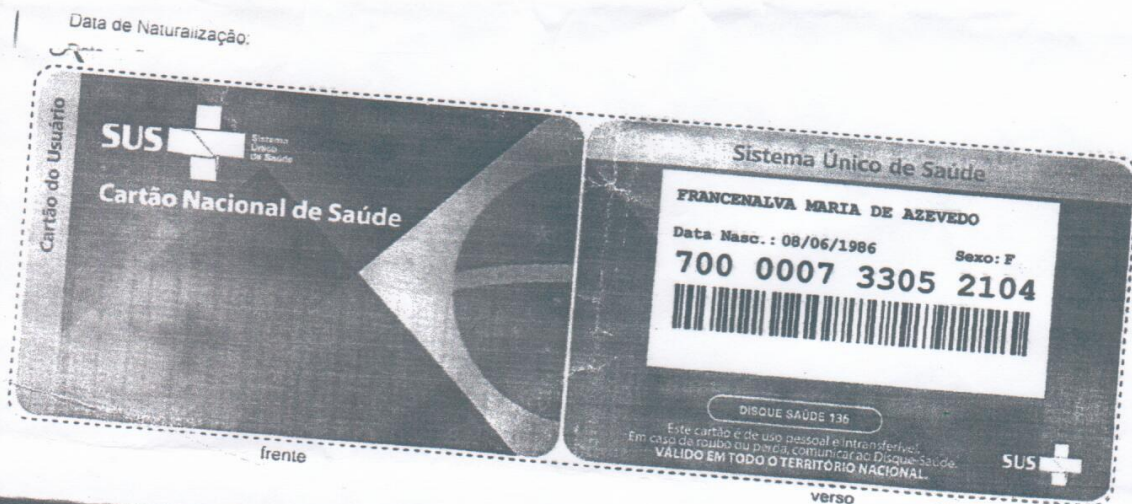


ABM-051691
CERTIDÃO
08/06/1986



CARTÓRIO ÚNICO DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN
HENRIQUE C. F. BEZERRA
TABELIÃO
SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150, Baldo, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA VERA AZEVEDO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI SERIDO 35

CPF 009 127 394-36

ZONA RURAL/ÁREA RURAL
SAO JOSE DO SERIDO RN
59378-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

0419592013 05/2017
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
02/06/2017 27/06/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)

116,71

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
001295727	UNICA	26/05/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/05/2017	3000844241	1451753

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	182,0000000	0,54221573	99,88
Acrescimo Bandeira VEF-MELHA			7,23
Contribuição Iluminação Pública			7,98
Multa por atraso-NF 001292679 - 27/03/17			1,88
Juros por atraso-NF 001292679 - 27/03/17			0,94

TOTAL DA FATURA

116,71

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
215289009	CAT	26-04-2017	3 036,00	26-05-2017	3 218,00	30			182,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh
MAI 17 162
ABR 17 160
MAR 17 168
FEV 17 146
JAN 17 203
DEZ 16 227
NOV 16 238
OUT 16 213
SET 16 181
AGO 16 198
JUL 16 190
JUN 16 170
MAI 16 166

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	18,00	18,06
PIS	1,17	1,23
COPIS	5,40	5,71

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	36,89	31,87%
Transmissão	4,54	4,29%
Distribuição (Cosern)	23,62	22,30%
Perdas de Energia	5,81	5,49%
Energias Soterais	9,05	8,54%
Tributos	26,00	24,55%
Total	105,91	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)

0,40899333

74D1 08A8 16DF 018C 83C0 82C3 5B01 B585

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie, na data da leitura e bancária em vigor e a Vermeite. Mas informações em www.aneel.gov.br. O Cliente é compensado quando há redução na continuidade individual do nível de tensão do Cliente é compensado quando há descompensação do preço definido para o período de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de atendimento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no caso em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento das(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Direito	Valor	Vencido	Direito	Valor
04/05/17	26/05/17	55,70	05/02/16	25/02/16	124,27

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o envio de débitos anteriores, bem como não atinge débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Não autuar débitos de 2015 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do pagamento das obrigações de consumo, as aplicações das tarifas mensais (ART e T) de 2017/15. Esta declaração não atinge débitos de parcelamento de débitos de divisões nem tarifas em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E PRECUISSÃO DAS INTERMISSÕES

CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIAC	0,00	10,87	21,74	43,49
PIB	0,00	7,87	15,34	30,69
DABC	0,00	5,88	0,00	0,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
MÍNIMO	MÁXIMO
220	202 231

LIMITE DIÁRIO: 16,60 BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 35,52



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:51

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911121500515280000049050149

Número do documento: 1911121500515280000049050149



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

CAICO

SABI

SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO Nº 182394935
BENEFÍCIO Nº 6198087984

(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO

(NOME DO SEGURADO)

00002500388

(RG/CERTIDÃO)

5108447 / 1

(CTPS/SÉRIE)

16181223356

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 29/08/2017

Hora: 10:40

Endereço:

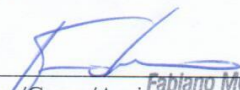
RUA ANIBAL DA CUNHA MACEDO SN

CENTRO

CAICO - RN

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Caico, 29 de agosto de 2017


Nome/Cargo/Assinatura: **Fabiano Moraes de Medeiros**
(Atendente) Técnico do Seguro Social
Mat. SIAPE: 1.741.582

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal





STR

SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS AGRICULTORES E AGRICULTORAS FAMILIARES
SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/RN

SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS AGRICULTORES E AGRICULTORAS FAMILIARES DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ.

Rua Vicente Pereira, 161, Centro - São José do Seridó / RN CEP: 59.378-000

Telefax: (84)3478-2356 - E-mail: str_saojose@hotmail.com

CNPJ: 08.096.042/0001-80. Fundado em: 15/10/1963-Rec., P/MTE em: 11/01/1973

DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO DE ATIVIDADE RURAL Nº 911/2017

I - DADOS DO SEGURADO:

1 - Nome: FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO	2-Apelido: Nalva de3	3 - DN: 08/06/1986
4 - RG: 002.500.388		5 - CPF: 064.175.847-01
6 - Estado Civil: SOLTEIRA		
7 - Endereço de residência: Fazenda Seridó Nº 35		
8 - Bairro: Zona Rural	9 - Município: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ	10 - UF: RN
11 - Título de Eleitor nº: 023737511643 Z.56 S.18		12 - CTPS: 5108447 S- 001-0/RN
13 - Ponto de Referência: Projeto de Assentamento Seridó		
14 - Confrontantes ou vizinhos: Jose Sabino de Medeiros, Máximo Batista, Francisco das Chagas e Fernando Vasconcelos.		
15 - Nº da Filiação no Sindicato/colônia (se houver): 0710R		16 - Data da Filiação (quando filiado): 17/12/2003
17 - Profissão atual: TRABALHADORA RURAL		

II - DADOS DO(S) PERÍODO(S) EM QUE É/FOI EXERCIDA A ATIVIDADE RURAL:

Informar os dados específicos de cada período trabalhado. Caso sejam informações diferentes de acordo com o período, os mesmos devem ser listados separadamente, senão devem ser listados em um único grupo de informações.

Período(s): **02/06/2003 a 07/07/2017.**

Categoria de Trabalhador: **Segurada Especial**

(Segurado especial, contribuinte individual ou empregado)

Forma de ocupação em que o segurado exerceu a atividade (se proprietário, posseiro, parceiro, meeiro, arrendatário, comodatário, pescador artesanal sem embarcação, etc.): **COMODATÁRIA**

Forma de exercício de atividade: () individualmente (X) regime de economia familiar

Condição no grupo familiar (se economia familiar): () titular (X) componente

NIT do titular (se componente): **16181223356** Parentesco (se componente):

Proprietário (nome e CPF/CNPJ/CEI):	Nome da propriedade e endereço/nome da embarcação:	Área total (em hectares)/arqueação bruta ou se utilizou embarcação miúda	Área explorada (em hectares):
Francisco Azevedo CPF: 722.301.184-04	Fazenda Seridó	18,0 h	2,0 h



III - INFORMAR A(S) ATIVIDADE(S) DESENVOLVIDA(S) PELO SEGURADO E DESCREVER, CLARA E OBJETIVAMENTE, A FORMA EM QUE ESTA(S) ATIVIDADE(S) É/SÃO OU FOI/FORAM EXERCIDA(S), DISCRIMINANDO OS PERÍODOS E SE FOI/FORAM EXERCIDA(S) EM PARTE OU EM TODA A SAFRA:

Exemplo: em relação às terras ou embarcações trabalhadas pelo segurado, se eram de sua propriedade; estavam sob sua posse ou foi-lhe permitido o usufruto; ou se pertenciam a um terceiro, as mesmas foram exploradas pelo trabalhador por meio de contratos de: arrendamento, parceria, comodato, meação (informar quando esse evento ocorreu, ou seja, o contrato de arrendamento, de parceria). Mesma situação no caso de pescadores. Em relação às tarefas: se foram desempenhadas junto ou por meio de empregado(s), em regime de economia familiar, individualmente, como bóia-fria, temporário, safrista, etc.

A mesma desenvolve atividades agrícolas em regime de economia familiar na Fazenda Seridó, nas terras pertencentes ao seu pai, o senhor Francisco Azevedo que é Assentado do PA Seridó, possuindo Licença de Ocupação dada pelo Incra.

IV - DESCREVER QUAIS OS PRODUTOS CULTIVADOS, EXTRAÍDOS OU CAPTURADOS PELO SEGURADO OU UNIDADE FAMILIAR, OU TIPO DE ARTESANATO PRODUZIDO, BEM COMO, OS FINS A QUE SE DESTINAM:

(subsistência; comercialização, industrialização, artesanato; quantificar a produção e informar qual cultura foi explorada).

Planta e colhe feijão, Milho, criando gado e galinhas, destinados a agricultura e subsistência, quando há excedente da produção a mesma comercializa no mercado local.

V - DOCUMENTOS EM QUE SE BASEOU PARA EMITIR A DECLARAÇÃO:

Apresentar cópia e original ou se a declaração foi feita com base nas informações prestadas pelo segurado, informar qual o instrumento que o sindicato utilizou para confrontar as informações prestadas pelo trabalhador: declarações prestadas por terceiros (anexá-las junto à declaração); documentos pertencentes a entidades ou órgãos oficiais (informar qual o documento e qual a entidade ou órgão para que seja confrontada essa informação).

Atestado médico, Laudo Médico, Carteira do Sindicato (nova e anterior), Certidão de Nascimento, Documentos Pessoais, Comprovante de residência, Folha Resumo Cadastro Único, Contrato de Comodato, Declaração do proprietário rural e testemunhas, ITR e Documentos pessoais do proprietário, Contribuições Sindicais (2016 e 2017), Ficha Individual de Saúde, Ficha de Matrícula Escolar dos Filhos.



04/08/2017

CONTAG - Boleta



Contribuição Sindical Agricultor Familiar
Ministério do Trabalho e Emprego - MTE
Orgão Arrecadador: CONTAG



Vencimento	Exercício
19/08/2017	2016
Nosso número	
28162796543931301	

Dados da Entidade Sindical

CNPJ	Nome		
08.096.042/0001-80	SIND DOS TRABS RURAIS DE SAO JOSE DO SERIDO		
Cidade/Município	UF	CEP	Telefone
SAO JOSE DO SERIDO	RN	59378-000	(84) 03478-2356
Dados do Contribuinte			
CPF / CEI	Nome		
064.175.874-01	COMODATÁRIO-FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO		
Endereço/Número/Complemento			CEP
PROJETO DE ASSENTAMENTO SERIDO			59378-000
Bairro/Distrito	Cidade/Município	UF	RN
	SAO JOSE DO SERIDO		
Dados da Propriedade			
Cód ITR/NIRF	Nome do Imóvel	Cidade/Município	UF
	FAZENDA SERIDO	SAO JOSE DO SERIDO	RN

Membros do Grupo Familiar

	CPF	Data Nascimento	Grau de Parentesco	Dados da Contribuição
01 -				(=)Valor do Documento 30,00
02 -				(-)Desconto Abatimento
03 -				(-)Outras Deduções
04 -				(+)Mora/Multa 5,50
05 -				(+)Outros Acréscimos
06 -				(=)Valor Cobrado 35,50

O VALOR DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR É R\$ 30,00

STTR: Fone: (84)034782356 / E-mail:SAOJOSE@HOTMAIL.COM / Site:

TRIBUTO FEDERAL OBRIGATÓRIO - Na forma dos artigos 149/CF-88 e Art. 578 a 580 da CLT, para Proprietário, Parceiro, Meeiro, Arrendatário, Posseiro, Assentado e membros da agricultura familiar que explore por conta própria.

- Enquadramento de acordo com o artigo 1º do Decreto Lei Nº 1.166/71 de acordo com a nova redação dada pela Lei Nº 9.701/98;

- Competência para arrecadar: INCRA até 1993, de 1994 a 1996 a Receita Federal através do ITR, conforme Lei 8847/94 a partir de 1997 passando às Entidade Sindicais a responsabilidade da arrecadação.

- Créditos serão distribuídos nos termos do artigo 589 da CLT, para Contag, Fetags, Sindicatos, Centrais Sindicais e Ministério do Trabalho e Emprego. Em caso de dúvida, entrar em contato com o Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de seu município.

	001-9	00190.00009 02816.279653 43931.301170 2 72560000003550
--	-------	--

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço

SIND DOS TRABS RURAIS DE SAO JOSE DO SERIDO

Nosso Número	NR Documento	Data Vencimento	Valor Documento	(=)Valor pago
28162796543931301	7075229	19/08/2017	30,00	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço				
Contag - 33683202000134 - SMPW Qd. 01 Conj. 02 Lote 02 - 71.735-102 - Núcleo Bandeirante-DF				
Agência/Código Beneficiário				
2901-7/185111-5				
Autenticação Mecânica				



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:52

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111215005219300000049050150

Número do documento: 19111215005219300000049050150

Num. 50805435 - Pág. 3

04/08/2017

CONTAG - Boleto



Contribuição Sindical Agricultor Familiar
Ministério do Trabalho e Emprego - MTE
Orgão Arrecadador: CONTAG



Vencimento	Exercício
28/12/2017	2017
Nosso número	
28162797543931301	

Dados da Entidade Sindical		Nome	
CNPJ	08.096.042/0001-80	SIND DOS TRABS RURAIS DE SAO JOSE DO SERIDO	
Cidade/Município	SAO JOSE DO SERIDO	UF	RN
Dados do Contribuinte		CEP	Telefone
CPF / CEI	064.175.874-01	59378-000	(84) 03478-2356
Nome		COMODATÁRIO-FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO	
Endereço/Número/Complemento		CEP	
PROJETO DE ASSENTAMENTO SERIDO		59378-000	
Bairro/Distrito	Cidade/Município	UF	RN
SAO JOSE DO SERIDO	SAO JOSE DO SERIDO	RN	RN
Dados da Propriedade		Nome do Imóvel	
Cód ITR/NIRF	FAZENDA SERIDO	Cidade/Município	UF
		SAO JOSE DO SERIDO	RN

Membros do Grupo Familiar		CPF	Data Nascimento	Grau de Parentesco	Dados da Contribuição
01 -					(=)Valor do Documento 31,50
02 -					(-)Desconto Abatimento
03 -					(-)Outras Deduções
04 -					(+)Mora/Multa
05 -					(+)Outros Acréscimos
06 -					(=)Valor Cobrado 31,50

O VALOR DE CADA MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR É R\$ 31,50

STTR: Fone: (84)034782356 / E-mail: SAOJOSE@HOTMAIL.COM / Site:

TRIBUTO FEDERAL OBRIGATÓRIO - Na forma dos artigos 149/CF-88 e Art. 578 a 580 da CLT, para Proprietário, Parceiro, Meeiro, Arrendatário, Posseiro, Assentado e membros da agricultura familiar que explore por conta própria.

- Enquadramento de acordo com o artigo 1º do Decreto Lei Nº 1.166/71 de acordo com a nova redação dada pela Lei Nº 9.701/98;

- Competência para arrecadar: INCRA até 1993, de 1994 a 1996 a Receita Federal através do ITR, conforme Lei 8847/94 a partir de 1997 passando às Entidade Sindicais a responsabilidade da arrecadação.

- Créditos serão distribuídos nos termos do artigo 589 da CLT, para Contag, Fetags, Sindicatos, Centrais Sindicais e Ministério do Trabalho e Emprego. Em caso de dúvida, entrar em contato com o Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de seu município.

BANCO DO BRASIL	001-9	00190.00009 02816.279752 43931.301170 9 73870000003150
------------------------	-------	--

Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço
SIND DOS TRABS RURAIS DE SAO JOSE DO SERIDO

Nosso Número	NR Documento	Data Vencimento	Valor Documento	(=)Valor pago
28162797543931301	7075232	28/12/2017	31,50	

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

Contag - 33683202000134 - SMPW Qd. 01 Conj. 02 Lote 02 - 71.735-102 - Núcleo Bandeirante-DF

Agência/Código Beneficiário

2901-7185111-5

Autenticação Mecânica

CAIXA Loterias	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	
QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 19h	
216-341900801-7	
04/AGO/2017	HORA DE: 09:08:28
LOT. 17.23128-3	TERM 058546
LOCALIDADE: SAO JOSE DO SERIDO	
AG. VINCULADA: 0758	
COMPROVANTE PAGAMENTO DE BLOQUETO BANCOS	
DATA DE VENCIMENTO: 28/12/2017	
VALOR DO PAGAMENTO: 31,50	
0019000009	02816279752
43931301170 9	73870000003150
216-341900801-7	
VIA DO CLIENTE	
CAIXA Loterias	



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:52

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111215005219300000049050150>

Número do documento: 19111215005219300000049050150

Num. 50805435 - Pág. 4

CONTRATO DE COMODATO DE IMÓVEL RURAL

Pelo presente instrumento particular de contratos em imóvel rural, para fins de exploração agrícola de um lado a Sr. (a) **FRANCISCO AZEVEDO**, brasileiro, Casado, Agricultor, portador da Carteira de Identidade nº 817.380/SSP/RN, do CPF nº 873.808.164-20, residente e domiciliado na Fazenda Seridó, Zona Rural de São José do Seridó RN, denominado **CONTRATANTE**, e do outro lado a Senhora **FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO**, brasileira, Solteira, Agricultora, portador da Cédula de Identidade RG nº 002.500.388/SSP/RN, CPF 064.175.874-01, residente e domiciliado na Fazenda Seridó, Zona Rural de São José do Seridó-RN exercendo suas atividades no imóvel rural Fazenda Seridó, deste município, em forma de **PARCERIA**, denominado **CONTRATADO**.

O presente **CONTRATO DE COMODATO** obedecerá ao disposto na Legislação Agrária em vigor, Lei n.º 5.889/73, regulamentada pelo decreto n.º 75.626/74. E que pelo qual entre si, tem como justo e contratado o que se segue:

I – **O CONTRATANTE** é proprietário do imóvel Rural Fazenda Seridó, município de São José do Seridó–RN, com área de 18,0 hectares cadastrado na Receita Federal sob o nº 5.179.628-7 e o **CONTRATADO**, explora 2,0 hectares neste mesmo imóvel rural, com os fins de exploração agrícolas individualmente ou em regime de economia familiar;

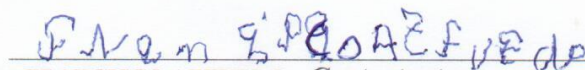
II – As despesas decorrentes da exploração da terra, resultante do presente Contrato, tais como, cercas, roças, e outros quaisquer serviços necessário à exploração da área contratada, ficam por conta do Contratado;

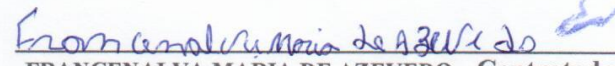
III - O presente Contrato é válido por tempo indeterminado, podendo, entretanto, ser rescindido em qualquer época por quaisquer umas das partes, sem que, por isso, tenha que pagar alguma indenização à outra parte;

III - Fica eleito o foro da Comarca da cidade de Cruzeta/RN para solucionar qualquer lide decorrente deste contrato;

E por estarem as partes em pleno acordo em tudo o que se encontra disposto neste instrumento particular, assinam-no na presença de duas testemunhas e depois de assinados por todos e reconhecidas suas firmas em cartório serão tiradas cópias para cada uma das partes.

São José do Seridó - RN, 14 de Agosto de 2017.


- FRANCISCO AZEVEDO - Contratante


- FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO - Contratado


- FRANCISCO MEDEIROS DE AZEVEDO- Testemunha


- MANOEL MEDEIROS DA SILVA – Testemunha



829755-6

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta n°: 11899342

A/C: FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170576515 ASL-0418352/17
Vítima: FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO
Data Acidente: 08/07/2017
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/07/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo - **MEDICO (ASSINATURA)**
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo - **(HOSPITAL-DECLARAÇÃO JIA ATENDIMENTO)**
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo - **CARTÃO**

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO**

Nº Sinistro: **3170576515**
Vitima: **FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO**
Data do Acidente: **08/07/2017**
Cobertura: **DAMS**

Assunto: **NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3170576515**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12968200



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Vermilson Azevedo,
RG nº 008.983.024, data de expedição 07/04/16,
Órgão SESPDS/RN, portador do CPF nº 009.327.384-64, com
domicílio na cidade de São José do Seridó, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
São José do Seridó, n.º 25, nº 25,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima _____, cujo o condutor era

Francenilda Maria de Azevedo.
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 350 Titan
Ano: 2008
Placa: MYV6044
Chassi: 9CZKC08108R154712
Data do Acidente: 08/07/2017
Local e Data: São José do Seridó/RN, 17/11/17

Vermilson Azevedo
Assinatura do Declarante

Francenilda Maria de Azevedo

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
Em número de dois, indicadas pelas setas; Por ter sido posta em minha
presença, dou fé.
São José do Seridó/RN, 17 de Novembro de 2017
Em testemunho _____ da verdade.

Ítalo Ramon Chianca e Silva - 2º Substituto Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





Gov. do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CRUZETA

Endereço: Rua Raimundo Bezerra, 291, Centro, CRUZETA, FONE/FAX: (84) 3473-4286

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017209000292

1.2 Data de Expedição: 10/10/2017 09:54:45

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/07/2017 20:00:00

2.2 Autoria: Desconhecida

2.3 Fato: Consumado

2.4 Flagrante: Não

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.7 Logradouro: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

2.8 Número: S/N

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência:

2.12 Bairro: CENTRO

2.13 Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO

3.2 Estado civil: Separado(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: FRANCISCO AZEVEDO

3.5 Etnia: Sem Informação

3.6 Mãe: MARIA VERA AZEVEDO

3.7 Sexo: FEMININO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 06417587401

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 08/06/1986

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.14 RG: 002500388 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 998008540

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 35

3.18 Naturalidade: SAO JOSE DO SERIDÓ RN

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: SÍTIO CAATINGA GRANDE

3.23 Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi:

7.1.4 Renavam: 00973052902

7.1.5 Placa: MYV6074

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: VERANILSON AZEVEDO

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA E RELATOU QUE NO DIA E LOCAL DO FATO PILOTAVA A MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA QUANDO A RODA DA FRENTE DA MOTOCICLETA ESCORREGOU, POIS TINHA CHOVIDO E ESTAVA MOLHADO, VINDO A DECLARANTE AO CHÃO; QUE DO ACIDENTE PERDEU UMA PARTE DO OSSO DA CABEÇA E FICOU EM COMA DURANTE QUATRO DIAS; QUE PRIMEIRAMENTE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ E DEPOIS FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WILFREDO GURGEL EM NATAL/RN, ONDE REALIZOU UMA CIRURGIA NA CABEÇA, ESTE BO DESTINA-SE A SOLICITAÇÃO DO SEGURO DEPAVT. E NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

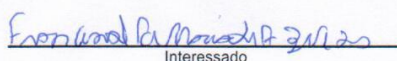
O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

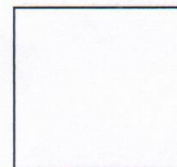
Data 10/10/2017 09:54:45


Policial



Kleison Araújo Açucena
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 171.784-7


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1717847 - Kleison Araújo Açucena

Impresso por: 1717847 - Kleison Araújo Açucena em 10/10/2017 09:54:52

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2017209000292

Protocolo: J2017209000292 - Código de autenticação: d01303d977e5ba6262cb9b4030abda2c

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:53

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111215005299700000049050156>

Número do documento: 19111215005299700000049050156

Num. 50805441 - Pág. 4



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE CRUZETA

Endereço: Rua Raimundo Bezerra, 291, Centro, CRUZETA, FONE/FAX: (84) 3473-4286

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2017209000292

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 10/10/2017 09.54.45

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 08/07/2017 20.00.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Outros

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Sem Informação

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 06417587401

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: AGRICULTOR(A)

3.15 Telefone(s): 84 998008540

3.17 Número: 35

3.19 Bairro: ZONA RURAL

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ

3.2 Estado civil: Separado(a)

3.4 Pai: FRANCISCO AZEVEDO

3.6 Mãe: MARIA VERA AZEVEDO

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 08/06/1986

3.14 RG: 002500388 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: SÃO JOSÉ DO SERIDÓ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: SÍTIO CAATINGA GRANDE

3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLuíDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLuíDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi:

7.1.5 Placa: MYV6074

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2008

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: VERANILSON AZEVEDO

7.1.17 Nome do condutor:

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00973052902

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 150 TITAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2008

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

A DECLARANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA E RELATOU QUE NO DIA E LOCAL DO FATO PILOTAVA A MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA QUANDO A RODA DA FRENTE DA MOTOCICLETA ESCORREGOU, POIS TINHA CHOVIDO E ESTAVA MOLHADO, VINDO A DECLARANTE AO CHÃO; QUE DO ACIDENTE PERDEU UMA PARTE DO OSSO DA CABEÇA E FICOU EM COMA DURANTE QUATRO DIAS; QUE PRIMEIRAMENTE FOI ATENDIDA NO HOSPITAL REGIONAL DE CAICÓ E DEPOIS FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL/RN, ONDE REALIZOU UMA CIRURGIA NA CABEÇA, ESTE BO DESTINA-SE A SOLICITAÇÃO DO SEGURO DEPAVT. E NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

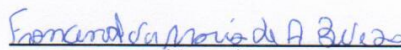
10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

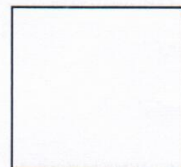
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 10/10/2017 09.54.45


Policial
Kleison Araújo Açucena
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 171.784-7


Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1717847 - Kleison Araújo Açucena

Impresso por: 1717847 - Kleison Araújo Açucena em 10/10/2017 09:54:52

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2017209000292

Protocolo: J2017209000292 - Cdigo de autenticao: d01303d977e6ba6262cb9b4030abda2c

Página 1 1



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:53

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111215005299700000049050156>

Número do documento: 19111215005299700000049050156

Num. 50805441 - Pág. 5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 011810812792

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

2 00462293168 2016

FRANCENIRVA MARIA DE AZEVEDO

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

PASSAGIRO/MOTOCICLISTA/NAO APLICAVE

HONDA/NXR150 PRO ES

00V/148 CILINDRADAS

RG 0.00

014910 3x

014910 3x

014910 3x

014910 3x

014910 3x

014910 3x

014910 3x

014910 3x

014910 3x

014910 3x

014910 3x

RN Nº 011810812792 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VANTAGEM PRESERVA OU POR SOBRECARGA APRESSADOS TRANSPORTADOS OU NAOC SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

064.175.824-01

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.290.600/0001-04
www.seguradoralider.com.br

OUT-2014



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO SERIDÓ/
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIA APARECIDA DANT
Rua Manoel Louro 112, Centro - São José do Seridó/RN
Fone: (84) 3478-2216 E-mail: smssaojosedoserido@rn.gov

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Número da Ocorrência:

Responsável pelo preenchimento:

Data: 08/10/2017

Hora: 19:30h

Elizabeth Macedo Costa Santos

Identificação do Paciente

Nome: FERNANDE MARIA DE AZEVEDO

Nº Cartão do SUS: 700 0007 3305 2104

CPF/RG: 064.175.874-01

Idade: 31

Sexo: Feminino

Endereço: Sítio Caatinga Grande

Data de Nasc. 08/06/1986

Cidade: São José do Seridó

Bairro:

Forma de Chegada: () Melos Próprios

Ocupação: Agricultora

Fone: (9) 9-9800-8540

(x) Ambulância

() Outros

Classificação de Risco

Sinais Vitais:

PA:

-

FC:

FR:

T:

HGT:

SatO2:

Dor:

() Aguda

() Crônica

() Recorrente

Tipo da Dor:

() Leve

() Moderada

() Forte

() Severa

Estado Geral:

() Aparentemente bem

() Regular

(x) Grave

() Inconsciente

(x) Consciente

() Orientado

(x) Confuso

() Convulsão

(x) Hemorragias

() Politraumatizado

() Outro

Queixa principal:

Comorbidades:

Medicamento em uso:

Alergias a medicamentos:

Enfermeiro/técnico em enfermagem:

Elizabeth Macedo

Coren: 617738

Hora: 19:30h

Avaliação Médica

História da doença/Exame clínico

Paciente vítima de acidente de moto, politraumatizada, com lesões extensas no corpo coberto com gases de INCONTINÊNCIA

Diagnóstico

Politraumatizada
+ TCC



DATA 08/07/2017
Paciente 28 490

OBS: Por erro do hospital
Alguns documentos saíram com
o nome de FRANCENILVA MARIA DE ARAUJO
ARAÚJO

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 31410 /2017
Admissão: 08/07/2017 23:19:06

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 28490 - FRANCENILVA MARIA DE AZEVEDO (31 a 1 m)
Nascimento: 08/06/1986 Natural: SAO JOSE DO SERIDO, BRASIL Sexo: F Cor: SEM INFORMAÇÃO

CNS: 700000733052104 CPF: 06417587401 Prof: Pat: FRANCISCO AZEVEDO
Mãe: MARIA VERA AZEVEDO
Logradouro: CAATINGA GRANDE, 1 Bairro: SAO JOSE DO SERIDO Cidade: SAO JOSE DO SERIDO
CEP: 59376000 Telefone: 84.91819173 84 91819173 Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA Tipo: REFERENCIADO
Origem: AMBUL INTERIOR Empresa:

Fluxograma: Discriminador:
Classificação: 08/07/2017 23:03:39

OBS: REGULADO POR DR. STALEM

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	FR	F.C.	TEMP	Glasgow

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO/TCE
Hora: TCE há 24 horas. Exatidão histeriográfica
GCS: 14 (EVS RM6 RO 3) Afirmação
de trauma. Nega dor abdominal, dor de
ou em membros. Apresenta mobilidade
total e dia

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A. V. M. / carotídeos
B. Exame de abdome (AA) 111
C. Exame de PC 111
D. Exame de membros 111

CAIXA
100



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO
GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO
AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N

NATAL / RN - CEP: 59.015-380

FONE: (084) 3232-7500

C.G.C.: 08.241.764/0102-99

PACIENTE: *Francisco de Assis Aguiar*
ENDEREÇO: *R. Pium, 88, Pium*
PRESCRIÇÃO: *6*

1 - UPV Pium 520
1.000 214 de 1
12/08/17

Jair de Araújo Alves
Neurocirurgia/Neurologia
Crm 4875

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO
GURÇEL
PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO
AV. SENADOR SALGADO FILHO, S/N

NATAL / RN - CEP: 59.015-380

FONE: (084) 3232-7500

C.G.C.: 08.241.754/0102-99

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

Francisco da Costa Alves
Av. Senador Salgado Filho, S/N
13/11/2019
13/11/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

Jair de Araújo Alves
Neurocirurgia/Neurologia
Crm 4875





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME Franceneide Maria de Azevedo

✕

Uso oral

① Dipirona gotas — 0,5 ml

Tomar 40 gotas de 6 em 6
horas se sentir dor

ST

DATA 20/07/19

Ramon B. Guerra
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

Ramon B. Guerra
Neurocirurgia
CRM-RN 5107

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME

Francenelva Maria de Azevedo

At Costo de Saúde

Favor retirar os pontos
de cirurgia dia 25/07/17

Custo

DATA

20, 07, 17

ASSINATURA

Ramon R. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM/RN 5107

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Parnamirim - RN
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

Data: 31 / 07 / 12

Nome: Francinalva Maria de Azevedo

Retoma EXTRA na próxima se-
mana.

Dr. Pedro Aquino Ferreira Paulo
Neurologia
CRM-RN: 7001



R. do Parnamirim, n. 88
Estado do Rio Grande do Norte
Prefeitura Municipal de Parnamirim - RN
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO MÉDICO

Data: 26 / 07 / 12

Nome: Francinalva Maria de Azevedo

1. Captação Sinais - 2. Sinais
Transtorno do sono, uso oral, 6
em 6 horas, por 07 dias.

Dra. Gabriela Nóbrega
Médica
CRM-RN 9145





Prefeitura Municipal de São José do Seridó/RN
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Vicente Pereira, nº 87, Centro, São José do Seridó/RN.
CEP: 59378-000 (84) 3478-2383
Email: smssaojosedoserido@rn.gov.br

UNIDADE DE SAÚDE:

PATOLOGIA CLÍNICA

I. PACIENTE

NOME: Lincedilson Azevedo
NOME DA MÃE: Lucia
RG: _____ CPF: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____
SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
TELEFONE: () _____ MUNICÍPIO: _____
CÓDIGO DA UNIDADE: _____ ESTADO: _____
CARTÃO SUS: _____

II. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Do Abdominal DR

III. EXAMES SOLICITADOS

Hemograma
PCR

Dr. Danilo Ferreira Leitão
MÉDICO
CRM-RN 9082

DATA:

03/01/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE





Prefeitura Municipal de São José do Seridó/RN
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 11.942.301/0001-50
Rua Vicente Pereira, 87 - Centro - São José do Seridó/RN
CEP: 59.378-000 Fone: (84) 3478-2383
E-mail: smesaoseredo@rn.gov.br

Las Linzas A Jorresa
VIO OIAF

① SIDA ————— OZEV

Diluir um envelope em um
litro de água filtrada, é be-
ber 150ml após cada Eua
Luzes

② Vozinho ————— OI/2

Tomar 05ml uma vez por
dia por 10 dias

20-03-2017

Dr. Daniela Pereira Bellão

* FUMAR FAZ MAL A SAÚDE - * NÃO BEBA AO DIRIGIR - * USE A CAMISINHA - * ALEITAMENTO MATERNO É O MELHOR ALIMENTO - *

CRM-RN 9082





Prefeitura Municipal de São José do Seridó/RN
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 11.942.301/0001-50
Rua Vicente Pereira, 87 - Centro - São José do Seridó/RN
CEP: 59.378-000 Fone: (84) 3478-2363
E-mail: smssaoseredoserd@rn.gov.br

Insuficiência Aforentes
VIO OIAF

① SIO ————— OZELV

Colocar um envelope em um
litro de água filtrada, é be-
ber 150 ml após cada uma
das

② Vozizino ————— OIAF

Tomar 05 ml uma vez por
dia por 10 dias

20-03-2019

Dr. Danilo Ferreira Leite

CRM-RN 9082

* FUMAR FAZ MAL A SAÚDE - * NÃO BEBA AO DIRIGIR - * USE A CAMISINHA - * ALEITAMENTO MATERNO É O MELHOR ALIMENTO - **





Prefeitura Municipal de São José do Seridó/RN
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 11.942.301/0001-50
Rua Vicente Pereira, 87 - Centro - São José do Seridó/RN
CEP: 59.378-000 Fone: (84) 3478-2383
E-mail: smssaojosedoserido@rn.gov.br

AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE - APMC

I - PACIENTE

DATA: ____/____/____

NOME: Conceição A. Rosa RG: 05550

NOME DA MÃE: _____

Nº DO PRONTUÁRIO FAMILIAR: _____ CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

TELEFONE: () _____ MUNICÍPIO: _____

CÓDIGO: _____ ESTADO: _____

II - SOLICITAÇÃO

EXAME SOLICITADO: VSC e Abdominal total

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Der. Abdominal C.I.D.: A18

UNIDADE SOLICITANTE: _____ Cód. Unidade: _____

DATA: 03/01/2018 Dr. Danilo Ferreira Leão

ASSINATURA E CARIMBO C/CRM: Dr. Danilo Ferreira Leão MÉDICO

CRM-RN 9082

III - AUTORIZAÇÃO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO: _____ Cód. Procedimento: _____

MOTIVO DA NÃO AUTORIZAÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: _____

IV - REALIZAÇÃO

AGENDADO NA UNIDADE: _____ Cód. Unidade: _____

DATA DO EXAME: ____/____/____ HORA: _____

RESPONSÁVEL NA UNID. PRESTADORA: _____

Cód. Procedimento: _____ DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA DO PACIENTE: _____

V - AVALIAÇÃO (REVISÃO TÉCNICA)

() VALIDADO O PAGAMENTO DOS PROCEDIMENTOS ACIMA DESCRITOS

() NÃO VALIDADO O PAGAMENTO DOS PROCEDIMENTOS ACIMA DESCRITOS PELO MOTIVO DE: _____

DATA: ____/____/____ ASS. E CARIMBO DO TÉCNICO: _____

ABGRAF (84) 3477-2206 / 9934-0552



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:

Secretaria Municipal de Saúde de
São José do Seridó

CNPJ:

08.096.083/0001-76

ENDEREÇO:

Rua Vicente Pereira, 87 - Centro

CIDADE: São José do Seridó

UF: RN

1ª VIA - Farmácia

2ª VIA - Paciente

Dr. Danilo Pereira Leitão

MÉDICO

CRM RN 9082

CARIMBO E ASSINATURA

DATA:

06/03/2014

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Sua Clínica Cinde
VIA OPA
Hidartar 100mg — 3x8
Tomar os comprimidos
três vezes ao dia.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: / /

ABRAF (B4) 3407-2206 / 9924-0552





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ATESTADO
MÉDICO

ATESTADO

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Francineide
Maria de Azevedo

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 07 horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período

de 30 (trinta) dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

CID. 10 nº

S06.5

Netel 20/09/19
Local e data

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM/RN 5107

Assinatura e carimbo do profissional

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

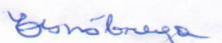


**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL.
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**

(17)

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA ANEMIA

1. Evitar consumir chás durante ou após as refeições.
2. Consumir feijão e outras leguminosas tais como: ervilha, fava, grão de bico e lentilha.
3. Ingerir frutas ou suco ricos em vitamina e (abacaxi, acerola, laranja, limão, caju).
4. Usar leites enriquecidos com ferro.
5. Evitar refrigerantes porque eles diminuem a absorção de ferro.
6. Evitar ingerir ovos durante as refeições. O ferro que contem no ovo será absorvido melhor se ele for consumido só e em seguida tomar sucos cítricos.
7. Consumir moderadamente os alimentos ricos em fibras dietéticas e taninos, pois são substâncias que diminuem a absorção de ferro. São eles: Alimentos preparados com as farinhas integrais, farelo de trigo, farelo de aveia e cereais integrais, banana etc.
8. Temperar os alimentos com cheiro-verde, coentro, salsa, hortelã, cominho, açafrão. O uso de orégano mostrou diminuir a absorção de ferro .
9. Adoçar os alimentos com rapadura, açúcar mascavo, os mesmos contem ferro.
10. Consumir preferencialmente carnes vermelhas e vísceras.
11. Consumir carne, além de ser uma excelente fonte de ferro, ainda melhora a absorção do ferro não-hermínico da mistura arroz, feijão.


NUTRICIONISTA

Eliane S. N. Trigueiro
Nutrionista
CRN - 1117



**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL.
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**

(17)

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA ANEMIA

1. Evitar consumir chás durante ou após as refeições.
2. Consumir feijão e outras leguminosas tais como: ervilha, fava, grão de bico e lentilha.
3. Ingerir frutas ou suco ricos em vitamina e (abacaxi, acerola, laranja, limão, caju).
4. Usar leites enriquecidos com ferro.
5. Evitar refrigerantes porque eles diminuem a absorção de ferro.
6. Evitar ingerir ovos durante as refeições. O ferro que contem no ovo será absorvido melhor se ele for consumido só e em seguida tomar sucos cítricos.
7. Consumir moderadamente os alimentos ricos em fibras dietéticas e taninos, pois são substâncias que diminuem a absorção de ferro. São eles: Alimentos preparados com as farinhas integrais, farelo de trigo, farelo de aveia e cereais integrais, banana etc.
8. Temperar os alimentos com cheiro-verde, coentro, salsa, hortelã, cominho, açafrão. O uso de orégano mostrou diminuir a absorção de ferro .
9. Adoçar os alimentos com rapadura, açúcar mascavo, os mesmos contem ferro.
10. Consumir preferencialmente carnes vermelhas e vísceras.
11. Consumir carne, além de ser uma excelente fonte de ferro, ainda melhora a absorção do ferro não-hermínico da mistura arroz, feijão.

Eliane S. N. Trigueiro
NUTRICIONISTA

Eliane S. N. Trigueiro
Nutrionista
CRN - 1117



**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL.
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**

(18)

Pl. Francinivalva

ORIENTAÇÃO PARA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

GRUPO ALIMENTAR	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS EVITADOS
Pães, cereais, arroz e massas.	Pão integral, macarrão e arroz integral, farelos, sementes de abóbora e girassol, cereais como Alho branco, granula, centeio, aveia.	Cereais refinados, pão branco.
Hortaliças.	Hortaliças folhosas, brócolis, abóbora, milho, ervilha e lentilha.	Nenhum.
Frutas.	Ameixa, kiwi, manga, laranja, pêsego, abacaxi, melão.	Enlatadas, frutas cozidas e sem casca.
Leite, iogurte e queijo.	Todos.	Nenhum.
Carnes, aves, peixes e ovos.	Carne de gado magra, ovos, peixes, aves.	Nenhum.
Gorduras, óleos e açúcares.	Todos, sem excesso.	Nenhum.

RECOMENDAÇÕES:

- O teor de fibras deve ser aumentado gradativamente na dieta, para evitar flatulência e distensão abdominal.
- Deve haver ingestão adequada de líquidos (pelo menos oito copos por dia), associado a dieta rica em fibras.

FIM

E. Nogueira
NUTRICIONISTA

Eliane S. N. Trigueiro
Nutrionista
CRN - 1117



**HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL.
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA**

Pl. Francinalva

(18)

ORIENTAÇÃO PARA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

GRUPO ALIMENTAR	ALIMENTOS RECOMENDADOS	ALIMENTOS EVITADOS
Pães, cereais, arroz e massas.	Pão integral, macarrão e arroz integral, farelos, sementes de abóbora e girassol, cereais como Alho branco, granula, centeio, aveia.	Cereais refinados, pão branco.
Hortalças.	Hortalças folhosas, brócolis, abóbora, milho, ervilha e lentilha.	Nenhum.
Frutas.	Ameixa, kiwi, manga, laranja, pêsego, abacaxi, melão.	Enlatadas, frutas cozidas e sem casca.
Leite, iogurte e queijo.	Todos.	Nenhum.
Carnes, aves, peixes e ovos.	Carne de gado magra, ovos, peixes, aves.	Nenhum.
Gorduras, óleos e açúcares.	Todos, sem excesso.	Nenhum.

RECOMENDAÇÕES:

- O teor de fibras deve ser aumentado gradativamente na dieta, para evitar flatulência e distensão abdominal.
- Deve haver ingestão adequada de líquidos (pelo menos oito copos por dia), associado a dieta rica em fibras.

FIM

Eliane S. N. Trigueiro
NUTRICIONISTA

Eliane S. N. Trigueiro
Nutrionista
CRN - 1117



O.E.: M240810201

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 11 / 2017

DATA: 24/10/2017

Num AIH: 241710051848-1 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 11/2017 Data Autorização: 09 / 07 / 2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO Órgão Emissor: M240810201 CRC:
Doc autorizador: 207281738880018 Doc med resp: 170023934540004 Doc diretor clínico: 207281609800018 Doc médico solíc: 980016003148484
CNES: 2653923 - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL CNS: 70000073305210-4
Paciente: FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO Prontuário: 1161524
Data Nasc.: 08 / 06 / 1986 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 2500388
Responsável pac.: FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO Nome da Mãe: MARIA VERA AZEVEDO
Endereço: RUA CAATINGA GRANDE 1 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município: 241240 - SAO JOSE DO SERIDO UF: RN CEP: 59378-000 Telefone: (84)9918-19173 Muda Proc.: NÃO
Procedimento solicitado: 04.03.01.002-0 - CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
Procedimento principal: 04.03.01.002-0 - CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
Diag. principal: I616-HEMORRAGIA INTRACEREBRAL DE MULTIPLAS LOCALIZACOES
Complementar: Diag. secundário:
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Causa Óbito:
Data internação: 09 / 07 / 2017 Data saída: 20 / 07 / 2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO Modalidade: HOSPITALAR
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: CNAER: -
Vinculo Previdência: CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0403010020	207281575480008	225260(1)	3801217	2653923	1	07/2017	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
2	0403010020	980016282441663	225151(6)	3572196	2653923	1	07/2017	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA
3	0802010083			2653923	2653923	6	07/2017	DIARIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
4	0802010016			2653923	2653923	5	07/2017	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
5	0302040013	207281250770007	223605	2653923	2653923	3	07/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
6	0302060022	207281250770007	223605	2653923	2653923	3	07/2017	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM
7	0401010015	123550729160018	223505	2653923	2653923	2	07/2017	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8	0202020380			2653923	2653923	1	07/2017	HEMOGRAMA COMPLETO
9	0202010317			2653923	2653923	1	07/2017	DOSAGEM DE CREATININA
10	0202010473			2653923	2653923	1	07/2017	DOSAGEM DE GLICOSE
11	0202010694			2653923	2653923	1	07/2017	DOSAGEM DE UREIA
12	0206010079			2653923	2653923	1	07/2017	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

VALORES DA PRÉVIA

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
02.05.01-TOMOGRAFIA DA CABECA, PESCOÇO E	97,44						97,44
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA	19,05						19,05
03.02.06-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS	19,05						19,05
04.01.01-PEQUENAS CIRURGIAS	64,80						64,80
04.03.01-TRAUMA E ANOMALIAS DO	415,89		117,55		274,31		807,75
08.02.01-DIARIAS	2.505,52		406,80				2.912,32
Total Geral:	3.121,75		524,35		274,31		3.920,41

Número de Nascidos: 0 Número de Saídas: 0 Nº Pré-Natal:
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clévis Sarinho

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

Fernanda Maria de Azevedo

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

08/08/17

Hora:

23:55h

paciente c/ história de TC e lesão + lesão
de cabeça -

ECG, curvas

dos ar 12 (103454)

pulsos normais

mente 4 malhas

TC - contusos tipo 1

Desvio de linha média.

cd: viduo curvas

Agradecimento p/ rubricas de

DR. EMERSON L. C. OLIVEIRA
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 4251

CONF. ORIGINAL
MAT. 11/11/17
MAT. 11/11/17
ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:56

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111215005624400000049050170>

Número do documento: 19111215005624400000049050170



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO DIÁRIA MULTIPROFISSIONAL-UTI

IDENTIFICAÇÃO

Data: 09 / 07 / 17 (n/m/aa)

Nome: FRAULEVALIA MARIA DE AZEVEDO

Registro: 1161524

Letra: FOT

Peso:

Idade: 21

Data Nascim.: 08 / 06 / 86

Sexo: () M (X) F

Diagnóstico(s): DHSC

Dias de Internação: (8) DIH (2) UTI

☐ PRECAUÇÃO

☐ ALERGIAS

Dia ☉

ESTADO GERAL

Noite ☾

☐ Bom ☐ Regular ☒ Comprometido ☐ Grave ☐ Gravíssimo

☐ Bom ☐ Regular ☐ Comprometido ☐ Grave ☐ Gravíssimo

Dia ☉

ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS

Noite ☾

APAS: 130

APAD: 74

APAM:

APAS:

APAD:

APAM:

APC: 74

APR: 16

ASatO: 100

APC:

APR:

ASatO:

APIC:

APVC:

AT°C:

APIC:

APVC:

AT°C:

Dia ☉

AValiação Neurológica

Noite ☾

Aval. Consciência: ☐ Vigil ☐ Letárgico (sonolento) ☐ Obnubilado (muito sonolento) ☐ Torporoso (maior grau de sonolência) ☐ Comatoso ☒ Sedado
Aval. Emoção: ☐ Depressivo ☐ Ansioso ☐ C/ Medo ☐ Irritado ☐ Eufórico ☐ Apático ☐ Agressivo

Aval. Consciência: ☐ Vigil ☐ Letárgico (sonolento) ☐ Obnubilado (muito sonolento) ☐ Torporoso (maior grau de sonolência) ☐ Comatoso ☒ Sedado
Aval. Emoção: ☐ Depressivo ☐ Ansioso ☐ C/ Medo ☐ Irritado ☐ Eufórico ☐ Apático ☐ Agressivo

Ramsey/RASS:

Ramsey/RASS: 6

PUPILAS: *isócoras*

DVE:

PIC:

PUPILAS:

DVE:

PIC:

Manhã ☉

AValiação Respiratória

Tarde ☉

Noite ☾

☐ O₂ Ambiente ☐ Cat. Nasal O₂ _____ L/min
☐ MV _____ % O₂ _____ L/min
☒ TOT há 00 dias, n° 74 Cuff _____ cmH₂O
☐ TOT há _____ dias, n° _____
☐ Fora VMI há _____ dias
☐ Re-IOT há _____ dias

☐ O₂ Ambiente ☐ Cat. Nasal O₂ _____ L/min
☐ MV _____ % O₂ _____ L/min
☒ TOT há 00 dias, n° 74 Cuff 20 cmH₂O
☐ TOT há _____ dias, n° _____
☐ Fora VMI há _____ dias
☐ Re-IOT há _____ dias

☐ O₂ Ambiente ☐ Cat. Nasal O₂ _____ L/min
☐ MV _____ % O₂ _____ L/min
☒ TOT há 0 dias, n° 75 Cuff _____ cmH₂O
☐ TOT há _____ dias, n° _____
☐ Fora VMI há _____ dias
☐ Re-IOT há _____ dias

SupORTE Ventilatório

SupORTE Ventilatório

SupORTE Ventilatório

☐ VNI () CPAP _____ cmH₂O O₂ _____ L/min
☐ VNI () BIPAP _____ cmH₂O O₂ _____ L/min
☒ VMI Modo: 5 → FIO₂ 40 L/min
MAP: PEEP: 5

☐ VNI () CPAP _____ cmH₂O O₂ _____ L/min
☐ VNI () BIPAP _____ cmH₂O O₂ _____ L/min
☒ VMI Modo: BCP → FIO₂ 70% L/min
MAP: PEEP: 05

☐ VNI () CPAP _____ cmH₂O O₂ _____ L/min
☐ VNI () BIPAP _____ cmH₂O O₂ _____ L/min
☒ VMI Modo: → FIO₂ _____ L/min
MAP: PEEP: 5

Mapa: 23 PL: PS: FR: 14
Pinap: 20 VC: VE: V: _____
Rel: E: Ti: Sens: _____

Mapa: 09 PL: 23 PS: FR: 12
Pinap: 23 VC: VE: V: _____
Rel: E: 1.25 Ti: 140 Sens: -25 cmH₂O

Mapa: PL: 23 PS: FR: 15
Pinap: VC: VE: V: _____
Rel: E: 1.30 Ti: 40 Sens: 2

Padrão ventilatório

Expansibilidade Torácica

Padrão ventilatório

Expansibilidade Torácica

Padrão ventilatório

Expansibilidade Torácica

☐ Diafragmático ☒ Normal
☒ Costo-diafragm. ☐ Reduzida & D
☐ paradoxal ☐ Reduzida & E
☐ Apical ☐ Superficial ☐ Reduzida Global

☐ Diafragmático ☒ Normal
☒ Costo-diafragm. ☐ Reduzida & D
☐ paradoxal ☐ Reduzida & E
☐ Apical ☐ Superficial ☐ Reduzida Global

☐ Diafragmático ☒ Normal
☒ Costo-diafragm. ☐ Reduzida & D
☐ paradoxal ☐ Reduzida & E
☐ Apical ☐ Superficial ☐ Reduzida Global

Características da Ausculta, da Tosse e da Secreção Pulmonar

Ausc. Pulmonar: *MVA + wheezes*
Tosse: *(-)*
Secreção: *(-)*

Ausc. Pulmonar: *MVA + wheezes*
Tosse: *ausente*
Secreção: *(-)*

Ausc. Pulmonar: *MVA + wheezes*
Tosse: *ausente*
Secreção: *(-)*

Gasometria hora: _____
pH _____ BE _____
PaO₂ _____ P50 _____
PCO₂ _____ FIO₂ _____ L/min
HCO₃ _____ PaO₂/FIO₂ _____
Dist. Ac./Base: _____

Gasometria hora: _____
pH _____ BE _____
PaO₂ _____ P50 _____
PCO₂ _____ FIO₂ _____ L/min
HCO₃ _____ PaO₂/FIO₂ _____
Dist. Ac./Base: _____

Gasometria hora: _____
pH _____ BE _____
PaO₂ _____ P50 _____
PCO₂ _____ FIO₂ _____ L/min
HCO₃ _____ PaO₂/FIO₂ _____
Dist. Ac./Base: _____

AValiação Sistema Locomotor

Contraturas/ deformidades/ fraturas
Déficit motor:
Força muscular _____ Tonus _____

Contraturas/ deformidades/ fraturas
Déficit motor: *sedado*
Força muscular _____ Tonus _____

Contraturas/ deformidades/ fraturas
Déficit motor:
Força muscular _____ Tonus _____



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:56

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911121500562440000049050170>

Número do documento: 1911121500562440000049050170



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

NOME: Francineirinha Maria da Anunciação ENF.: 02 LEITO: 249
IDADE: 27a PESO: 61kg ALTURA: 1,67 Nº REG.: 28490
DIAGNÓSTICO: TCE / Craniotomia Descompressiva
TMB. NC: _____
DIETA: VO Branda

EVOLUÇÃO NUTRICIONAL

DATA	TODA ANOTAÇÃO DEVE SER ASSINADA PELO NUTRICIONISTA QUE FEZ
18/07/17	Paciente evoluindo estável, referindo boa aceitação da dieta VO, sem quixos. Edi: dieta branda.
	 Geusa Karina dos S. Pess Nutricionista CRN 5 200F
19/07/17	Paciente segue estável, sob o ambiente, hipocoreia da. Boa aceitação da dieta. D(+), constipada há 3 dias. Ed: Dieta branda laxativa rica ferro. Aguarda alta hospitalar.
	 Eliane S. N. Trigueiro Nutricionista CRN - 1117
20/07/17	Paciente evolui estável clinicamente, consistente, anorexia e sem boa resposta ao ferro. Hoje apresentou sintomas típicos de anemia.
	 Mª da Conceição Davis Nutricionista CRN-1206





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Francineide Maria de Azevedo
DATA DE NASCIMENTO: 28.06.80 IDADE: 39
REGISTRO: 31410 2017
DATA DE ADMISSÃO: 03-07-2017 HORA: 2:00

ADMISSÃO DO PACIENTE: Unidade Cirúrgica
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: _____

HIDRATAÇÃO: SIM (☒) NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()

INCONSCIENTE: (☒)

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE (☒)

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()

ALÉRGICO: SIM () NÃO (☒) HIPERTENSO: SIM () NÃO ()

DIABÉTICO: SIM () NÃO (☒) ASMÁTICO: SIM () NÃO ()

DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (☒) OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

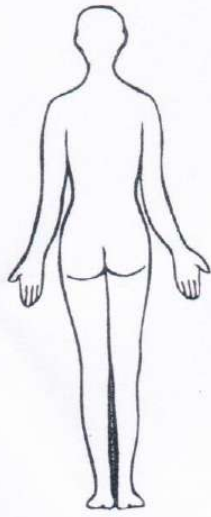
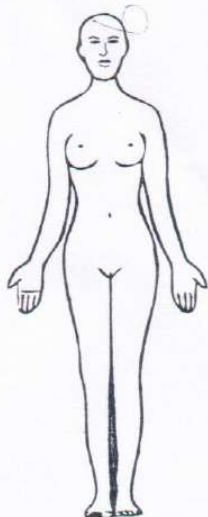
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO: Marlene JALECON: _____ ACESSO CENTRAL: _____

CIRCULANTE: Jana

TIPO DE ANESTESIA: GERAL (☒) RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()

OBS: _____

ANESTESISTA: _____

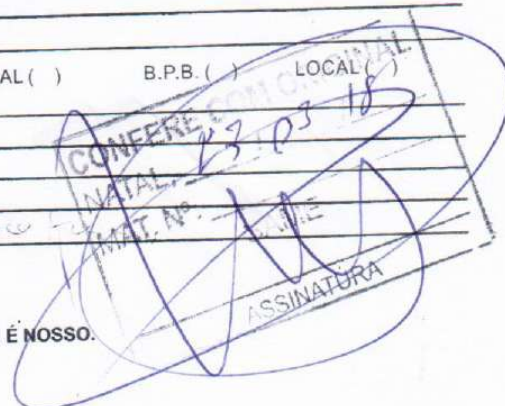
INÍCIO DE ANESTESIA: 23:25

TÉRMINO DE ANESTESIA: _____

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 300 mg de 200 mg

HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: FRANCENALVA MARIA DE ARAUJO (249)

Cód. Paciente: 20

DN: 08/06/1986

Idade: 31 ano (s);

Data Exame: 16/07/2017 - 09:20

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Foram obtidas imagens em equipamento multislice, com aquisição helicoidal no plano axial da base à alta convexidade do crânio, sem a administração de contraste.

Exame realizado em caráter de urgência

Craniectomia fronto-parieto-temporal à esquerda.

Área com densidade heterogênea, hipodensa com áreas hiperdensas de permeio (contusão parenquimatosa hemorrágica?), localizada no parênquima da transição parieto-temporal esquerda, determinando apagamento dos sulcos corticais adjacentes e desvio das estruturas da linha média para a direita em cerca de 5 mm.

Hiperdensidade da foixe posterior e do tentório à esquerda, de aspecto compatível com hemorragia subaracnóide.

Restante do parênquima encefálico com densidade preservada.

Cavidades ventriculares de calibre normal.

Cisternas, cissuras e sulcos corticais preservados.

Lauda gerado no dia: 16/07/2017 10:48. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsted.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **Ef3akFLK** para acesso.

Marcel Dantas de Sousa

Leudado Por:
Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4657 / RADIOLOGISTA



Pag. 1 de 1





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 31410 /2017
Admissão: 08/07/2017 23:19:06

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **28490 - FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO** (31 a 1 m)

Nascimento: 08/06/1986 Natural: SAO JOSE DO SERIDO.BRASIL

Sexo: F Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: 700000733052104

CPF: 06417587401

Prof:

Mãe: MARIA VERA AZEVEDO

Pai: FRANCISCO AZEVEDO

Logradouro: CAATINGA GRANDE, 1

CEP: 59378000

Bairro: SAO JOSE DO SERIDO

Cidade: SAO JOSE DO SERIDO

Telefone: 84.91819173 84 91819173

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS: REGULADO POR DR. STALEM					Classificação: 08/07/2017 23:03:39				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO/ TCE

Hora: — TCE há 24 horas. Estável hemodinamicamente, GCS 14 (R5 RM6 RO3) Apenas vômitos c/ sangue. Negs dor abdominal, dor torácica, ou em membros. Amarelo no rosto durante todo o dia.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VAP, 8/ cervicalgia
B Exame físico, 90% (AA) 99%
C Estável FC 88bpm
D GCS 14
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TCE

Gerado via SX por CELEIDE FERNANDES NASCIMENTO. Impresso em 08 de Julho de 2017.



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:56

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111215005624400000049050170>

Número do documento: 19111215005624400000049050170

Num. 50805455 - Pág. 10



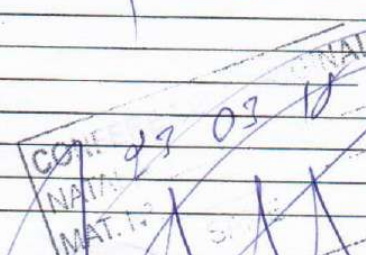
Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte
Unidade Hospitalar Regional de
Cauco (RN) CEP 59.300.000
Estrada do Perimetro Inquadrado Sabugi, s/n - Bairro Paulo
GNPJ (ME) 08.241.754/0135-57 - Telef. (084) 3421.5620, e 3628

Nº DO REGISTRO 07.2.231
DATA DE ANOTAÇÃO 10-7-18
DIA 11
DIA 11
DIA 11

Prescrição de Apenido

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA	INTERV	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1) DOPAGLINSOL - 1000				08:00h		
2) DOPAGLINSOL - 1000				08:00h		
Instalar 30 gotas por hora						
3) Difenidramina - 2mg				10:45-22:01		
ABD - 10mg						
4) Plavix - 2mg				10:45		
ABD - 10mg						
5) Hidrocortisona 500 - 01mg				10:45-22:06		
ABD - 10mg						
6) Cefalotina 1g - 01mg				10:45-22:06		
7) Vit C - 01mg				10:45-22:06		
ABD - 10mg						
8) SINGLES				10:45-22:06		
OUTROS CUIDADOS						
9) Dile				10:45-22:06		
10) Ceftriaxona 1g				10:45-22:06		

ASSINATURA DO MÉDICO
ASSINATURA DO ENFERMEIRO
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
ASSINATURA DO DENTISTA
ASSINATURA DO NUTRICIONISTA
ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA
ASSINATURA DO PSICÓLOGO
ASSINATURA DO ODONTÓLOGO
ASSINATURA DO OPTICISTA
ASSINATURA DO FISIOTERAPEUTA
ASSINATURA DO PSICÓLOGO
ASSINATURA DO ODONTÓLOGO
ASSINATURA DO OPTICISTA

ATENDIMENTO-ESPECIALIZADO 1: <u>WOL</u>	
ANAMNESE prout c/história de TCE há 24 horas (um pouco mais de 24 horas). referência afelita	
EXAME FÍSICO EOS exame físico (A3M5U4) 12 (após 2 exames) prout uolitas	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** TC de abdô contusos lateral E c/ HSDA hematomas	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) intubação 	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM / 
Assinatura e Carimbo do Responsável	

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida. se assim for marque 4. se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado. (Responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, data, o porquê de estar ali e etc.)	5
Confuso. (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeio sem articular palavras.)	2
Ausente	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo a dor. (Defecção.)	3
Padrão extensor a dor. (Descerebração.)	2
Sem resposta motora.	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-150 = 4
	9-120 = 3
	6-80 = 2
	4-50 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-290 = 4
	>290 = 3
	6-90 = 2
	1-50 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	00 = 0
	>900 = 4
	70-890 = 3
	50-570 = 2
	1-490 = 1

**Escala de Trauma Revisada (RS): Bom índice de sobrevida para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.L. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 23(5) 624, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
(ATLS 2005)*

03-08=grave (necessidade de
intubância imediata);
09-3=moderado;
14-15=leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974;2:81-84

* A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS):

M (MEDICAÇÕES EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):

L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL):

EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS

TC crânio e face.

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Alta da cir. geral

BRUNO MEDeiros CUNHA
Cirurgião Geral e MR. Aparelho Digestivo
CRM/RN 7090

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1:

NCR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2:

B.M.F.

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3:

HORA:

DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico

Ita correto do boletim de atendimento de urgência produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço hospitalar com registros mais fidedignos e protege o paciente e o profissional de saúde.



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:56

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111215005624400000049050170>

Número do documento: 19111215005624400000049050170

CADSUS WEB

BRASIL

Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde

Dados do Usuário

CNS: 700000733052104

CPF: 064.175.874-01

Data: 08/07/2017 17:38

Nome: FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO

Nome Social:

Nome da Mãe: MARIA VERA AZEVEDO

Nome do Pai: FRANCISCO AZEVEDO

Data de Nascimento: 08/06/1986

Data de Óbito:

Tipo sanguíneo:

Raça/Cor: BRANCA

Sexo: F

Etnia:

Nacionalidade: BRASILEIRA

País de Nascimento: BRASIL

Município de Nascimento: SAO JOSE DO SERIDO -

Data de Naturalização:

Portaria de Naturalização:

Data de Entrada no Brasil:

Contatos

Email Principal:

Email Alternativo:

CEP: 59.378-000

País de Residência: BRASIL

Município de Residência: SAO JOSE DO SERIDO - RN

Tipo de Logradouro: SITO

Nome do Logradouro: CAATINGA GRANDE

Número: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Complemento:

Tipo de Telefone	DDD	Número
CELULAR	84	91819173

Documentos

DNV:

NIS/PIS/PASEP: 16181223356

Identidade: 002500388

Orgão Emissor: SSP - SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

Data de Emissão: 28/11/2013

UF: RN

Título de Eleitor:

Zona:

Seção:

Carteira de Trabalho:

Série:

Data de Emissão:

CNH:

UF:

Data de Emissão:

Passaporte:

País:

Data de Emissão:

Data de Validade:

Certidão	Tipo	Número do Cartório	Data de Emissão	Número da Certidão
ANTIGA	91	CART.JUD.S.J.SERIDO	13/06/1986	A-09-A-09-959

Ministério da Saúde - MS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Informática em Saúde - DSI



https://cadastro.saude.gov.br/cadastro-usuarios/ Emitido no site oficial do Cadastro Nacional de Usuários do SUS



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:57

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911121500569700000049050171

Número do documento: 1911121500569700000049050171

Num. 50805456 - Pág. 1



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 31410 /2017
Admissão: 08/07/2017 23:19:06



CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **28490 - FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO** (31 a 1 m)

Nascimento: 08/06/1986 Natural: SAO JOSE DO SERIDO.BRASIL

Sexo: F Cor: SEM
INFORMACAO

CNS: 700000733052104

CPF: 06417587401

Prof:

Mãe: MARIA VERA AZEVEDO

Pai: FRANCISCO AZEVEDO

Logradouro: CAATINGA GRANDE, 1

CEP: 59378000

Bairro: SAO JOSE DO SERIDO

Cidade: SAO JOSE DO SERIDO

Telefone: 84.91819173 84 91819173

Compl:

Motivo: MOTO - QUEDA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. INTERIOR

*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS: REGULADO POR DR. STALEM

Classificação: 08/07/2017 23:03:39

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO/ TCE

Hora: TCE há 24 horas. Estável hemodinamicamente, GCS: 14 (R15 RM6 RO 3) Apenas vômitos c/ sangue. Negar dor abdominal, dor torácica ou em membros. Apresentou confusão durante toda a noite.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VPP, s/ cervicalgia
B Espiratória, r. de (AA) 99%
C Estável FC 88bpm
D GCS 14
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

TOMOGRAFIA/HMWG
Data: 08/07/17 Hora: 23:20
Técnico: [assinatura]
Exame: [assinatura]
Médico: [assinatura]

*Saída: -

TOMOGRAFIA/HMWG
Data: 08/07/17 Hora: 23:34
Técnico: [assinatura]
Exame: [assinatura]
Médico: [assinatura]

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

TCE

Gerado via SX por CELEIDE FERNANDES NASCIMENTO. Impresso em 08 de Julho de 2017.



INICIO DE CIRURGIA: 2:25
CIRURGIÃO: Dr. Mauro Jauhal
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Craniotomia descompressiva

TÉRMINO DE CIRURGIA: 06:30
SONDAGEM VESICAL: SIM (X) NÃO () N° DA Sonda: 36
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () N° DA Sonda:
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSUSÃO: SIM () NÃO () TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO () TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:
CAIXA CIRÚRGICA: material utilizado, Craniotomia
COMPLETA: SIM (X) NÃO () OBS.:
ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()
RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO ()
PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido no CC vindo de
UTI de trauma e submetido a um procedimento
de craniotomia descompressiva por Dr. Mauro Jauhal.
Paciente vítima de acidente, apresenta
vômito de sangue. Às 06:40 pac.
encaminhada ao CC internada, despensa-
do 200ml de soro fisiológico.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

INICIO DE CIRURGIA: 2:25
CIRURGIÃO: Dr. Mário Jauhal
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Craniotomia descompressiva

TÉRMINO DE CIRURGIA: 06:30
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO () N° DA Sonda: 16
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () N° DA Sonda:
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO () TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE:
CAIXA CIRÚRGICA: material de uso, Craniotomia
COMPLETA: SIM () NÃO () OBS.:
ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()
RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO ()
PREENCHIDO AIH: SIM () NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM () NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM () NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido no CC vindo do
UTI de trauma e submetido a um procedimento
de descompressão de cr. Mário Jauhal.
Paciente vítima de acidente, apresenta
vômito de sangue. Às 06:40, pac.
encaminhada ao CC multiplica, despija-
do de 2cm de altura por queda de

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INÍCIO DE CIRURGIA: Dr. Mano Jauat
CIRURGIÃO: Dr. Mano Jauat
1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____
TIPO DE CIRURGIA: Cranectomia descompressiva

TÉRMINO DE CIRURGIA: 06:30
SONDAGEM VESICAL: SIM (☒) NÃO () N° DA SONDA: 26
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () N° DA SONDA: _____
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSUSÃO: SIM () NÃO () TIPO: _____
RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO () TIPO: _____

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO () FEITO FICHA: SIM () NÃO ()
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO () ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO ()
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO ()
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO ()
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: _____
GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: _____
CAIXA CIRÚRGICA: materiais usados, Cranectomia
COMPLETA: SIM (☒) NÃO () OBS.: _____
ÓBITO: SIM () NÃO () HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()
RESPONSÁVEL PELA RCP: _____
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (☒) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM () NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO ()
PREENCHIDO AIH: SIM (☒) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (☒) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (☒) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido no CC vindo de
poli clínicia e submetido a um procedimento
ao cuidado de Dr. Mano Jauat.
Paciente vítima de acidente, sofreu
vômito de sangue às 06:40, post
encaminhada ao CC para a descompressão
do hemisfério de direita por craniotomia.

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

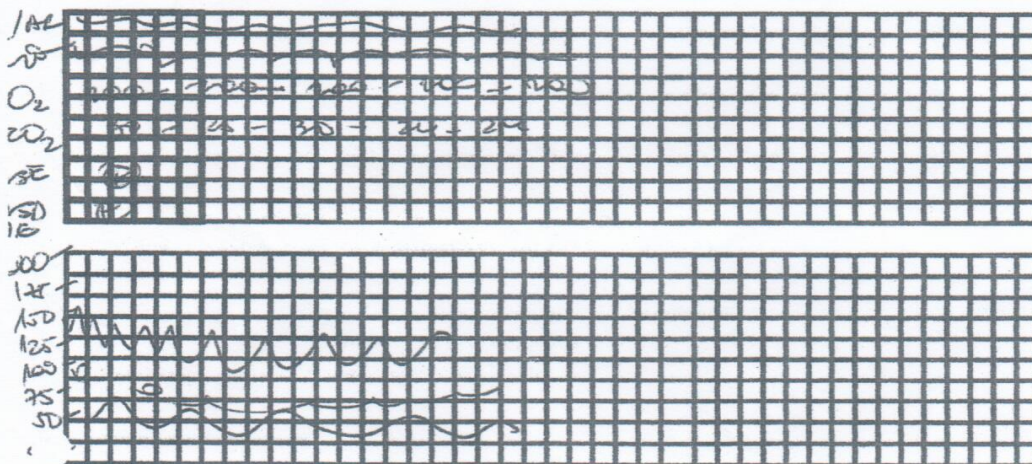
NCR.
URG

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Francinalva Maria de Azevedo ASA: II E
Idade: 31 Sexo: F ~ 75kg Registro: 1161524
Diagnóstico: CONTUSÃO TEMPORAL (E) + HSA LAMINAR. Data: 09.07.2017
Cirurgia Realizada: _____
Cirurgião: Mário Jamel Auxiliar: Ø
Anestesiologista: Pirineu Enfermagem: Vera Nazare / enf. Neves

História Clínica Admissional: Admitida HUNG às 00:38, vítima TCE na 24h, ECG 12. TCC: contusão Te + HSA laminar. desconhece a história / comorbidades. Recusa indental. Agitação não cooperante.

Técnica Anestésica: Anestesia Geral Balanceada (G + IN) Sist circ e abs Oz, cateter simples. vaporiz. low flow com 2.



ECG
PANI
SpO₂
EtCO₂
°C
linhas
ONG

Início: X 02.25 Ø

Término: _____

Anestésicos Utilizados:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. <u>propofol 200</u> | 2. <u>MANITOL 20% 250 ml</u> |
| 3. <u>lidoc 70</u> | 4. _____ |
| 5. <u>propofol 80</u> | 6. _____ |
| 7. <u>propofol 50 + 20mg</u> | 8. _____ |
| 9. <u>ceftioxioma 2g</u> | 10. _____ |
| 11. <u>dexametasona 8mg</u> | 12. _____ |
| 13. _____ | 14. _____ |

Encaminhamento: _____

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

NCR.

URG

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Francinalva Maria de Azevedo ASA: II E

Idade: 31 Sexo: F ~ 75kg Registro: 1161524

Diagnóstico: CONTUSÃO TEMPORAL (E) + HSA LAMINAR. Data: 09.07.17

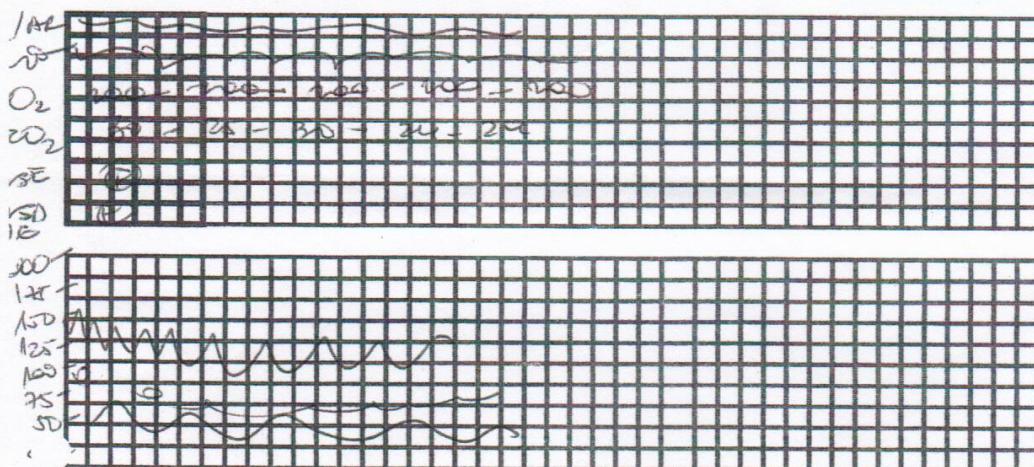
Cirurgia Realizada: _____

Cirurgião: Mário Jamel Auxiliar: Ø

Anestesiologista: Pirile Enfermagem: Veray Nazare / enf. Neves

História Clínica Admissional: Admitida HUNG às 00:38, vítima TCE
há 24h, ECG 12. TCC: contusão TE + HSA laminar.
Desconhece queixas / comorbidades. Recusa intubação.
Agitada. Não coopera.

Técnica Anestésica: Anestesia Geral Balanceada (E + IN)
Sist circ e abs Cor, cateter simples, vaporiz. low
concentr. letane I.



ECG
PANI
SpO2
EtCO2
PE
linen
ONG

Início: X 02.25 Ø

Término: _____

Anestésicos Utilizados:

1. propofol 200
2. lidoc 70
3. propofol 80
4. Propofol 50 + 20mg
5. ceftioaxona 2g
6. dexametasona 8mg
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____

1. MANITOL 20% 250 ml
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Encaminhamento: _____

Assinatura: [assinatura]
Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



ALGORITMO P/ SUPORTE BA* DE VIDA: 1-AVALIE A RESPONSABILIDADE DA VÍTIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LI 32 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS) E PEÇA UM DESFIBRILADOR(IDEA), 3-ABARA VIA AEREA 4-AVALIE RESPIRAÇÃO (VEF, JR, SENTIR), 5- SE APNÉIA, APLIQUE 2 VENTILAÇÕES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, ALVA, MÁSCARA), 6-AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRANQUIAL EM LACTENTE), 7- SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSÃO TORÁCIAS, 100MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEA, 8-DEA DISPONÍVEL: ANÁLISE O RÍTMO, 9- RÍTMO CHOCAVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 200 P/ DEB BIFÁSICO, E REINICIE RCP, 10- RÍTMO NÃO CHOCAVEL, REINICIE RCP(30:2), 11- AVALIE O RÍTMO A CADA 5 CICLOS, 12- PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MEXA, 13- COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: <u>NOL</u>	
ANAMNESE <i>pacient c/história de TCE hº ± 24 horas (um pouco mais de 24 horas). deferiu afelto</i>	
EXAME FÍSICO <i>503 expira frouxa (43 M5 U4) 12 (opção de expiração) pulso normal</i>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <i>TC de crânio contusões fere parietal e c/ HSDA hº ± 24 horas</i>	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS	
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>intubação</i> <i>DR. EMERSON L. C. OLIVEIRA NEUROCIRURGIA CRM/RN 4257</i>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
Abertura Ocular (AO)	
Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado: (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, onde está, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso: (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeando sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inespecífica a dor.	4
Padrão flexo à dor (Decorticação).	3
Padrão extensor à dor (Decerebração).	2
Sem resposta motora.	1
Total	

**ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-9 = 2
	1-5 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	>90 = 3
	70-89 = 2
	1-69 = 1
	0 = 0

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R. Sacco W.I. Copes, et al; A revision of the Trauma score, J. Trauma 29(5) 624, 1999.

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 08 = grave (necessidade de intubação imediata);
09- 3 = moderado;
14-15 = leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessed of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974.2:81-84

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1 - AVALIE A RESPONSIVIDADE DA VÍTIMA 2 - PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LI) 3 - QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAIS 1 - PEÇA UM DESFIBRILADOR (DESA) 3 - ABARA VIA AEREA, 4 - AVALIE RESPIRAÇÃO (VER SE A VÍTIMA ESTÁ RESPIRANDO) 5 - SE A VÍTIMA NÃO RESPIRAR, INICIE A REANIMAÇÃO CARDÍACA 6 - AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BRAQUIAL EM LACTENTES), 7 - SE PULSO NÃO FOR ENCONTRADO, INICIE A REANIMAÇÃO CARDÍACA 8 - AVALIE A NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO (AVL) 9 - SE A VÍTIMA NÃO ESTIVER CONSCIENTE, INICIE A REANIMAÇÃO CARDÍACA 10 - RITMO NÃO CHOCÁVEL, REINICIE RCP 11 - AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12 - PARE RCP QUANDO A EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VÍTIMA SE MOVIMENTAR, 13 - COLOQUE-A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1: <i>WCH</i>	
ANAMNESE <i>paciente c/ história de TCE há ± 24 horas (um pouco mais de 24 horas). deferiu afeita</i>	
EXAME FÍSICO <i>EOS expira forçada (43 M5 V4) 12 (depois de expirar) pulso normal</i>	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)**** <i>TC de crânio contusivo fechado E c/ HSDA bilateral</i>	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
OUTROS	
CONDUÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS) <i>intubação</i> <i>DR. EMERSON L. C. OLIVEIRA NEUROCIRURGIA CRM/RN 4257</i>	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASSOW	
Abertura ocular (AO)	4
Outros se abrem espontaneamente.	4
Outros se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa informada, se assim for marque 4, se não 3)	3
Outros se abrem por estímulo doloroso	2
Outros não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o porquê, a data e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas constantemente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras incoerentes (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)	3
Sons ininteligíveis. (Gemeado com articular palavras)	2
Assente.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece a ordens verbais. (Faz movimentos simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Retirada inapropiada a dor.	4
Petrão flexo à dor (Decorticação).	3
	2

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PORTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASSOW	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4
	21-30 = 3
	31-40 = 2
	1-50 = 1
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	90 = 4
	70-89 = 3
	50-69 = 2
	1-49 = 1

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.L. Sacco W.L. Copes, et al: A revision of the Trauma score, 1989, p. 1000

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

03 - 06 grave (necessidade de intervenção imediata):
09-12 moderado:
14-15 leve

* Referência: TEASDALE G., JENNET B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-94

** A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e que colaboram com idade superior a 3 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao doente que classifica a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intensa	Pior Possível
0	1	2	3	4

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Neurocirurgia* DATA: *08/07/17* HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

DR. EMERSON L. C. OLIVEIRA
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 4257

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família DATA:

DESTACAR

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: *Neurocirurgia* DATA: *08/07/17* HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

Entregue à família com Atestado ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

DR. EMERSON L. C. OLIVEIRA
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 4257

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA: DATA: / / HORA:

SAÍDA: DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐ À Revelia ☐ Transferido para:

ÓBITO: DATA: / / HORA:

ÓBITO:

Entregue à família DATA:





Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clévis Sarinho

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome Francineia Maria de Azevedo

Leito: _____ Idade: _____ Nº Registro: _____

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 08/08/17 Hora: 23:55h

paciente admitida de TC e lesão + lesão
devido a queda.

Exa, supino
dos 12 (19034544)
pupilo reativo
movimento normal

TC - contusões tipo 1 (E)
devido a lesão medular.

afecções cirúrgicas
Agradecimento p/ serviços de

DR. EMERSON C. OLIVEIRA
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 4257



EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS):		
M (MEDICAÇÕES EM USO):		
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):		
L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):		
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):		
V (PASSADO VACINAL):		
EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS
TC crânio e face.		OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Alta da cir. geral		
		
		Assinatura e Carimbo do Responsável
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: NCR	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2: BAF	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico
enchimento correto do boletim de atendimento de urgência produz uma ação em saúde mais qualificada, um serviço mais

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)		
A		
B		
C		
D		
E		
A (ALERGIAS):		
M (MEDICAÇÕES EM USO):		
P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS):		
L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS):		
A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):		
V (PASSADO VACINAL):		
EXAME COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)		LABORATÓRIO DE ANÁLISE CLÍNICAS
TC crânio e face.		OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Alta da cir - geral		
BRUNO MEDEIROS CUNHA Cirurgia Geral e MR Aparelho Digestivo CRM/RN 70990		
Assinatura e Carimbo do Responsável		Assinatura e Carimbo do Responsável
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1: NCR	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2: BMF	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3:	HORA:	DATA:

Assinatura e Carimbo do Médico



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clévis Sarinho

RELATORIO DE
HISTORIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

Fernandes mais de Azevedo

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTORIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

08/08/17

Hora:

13:55h

paciente c/ história de TC e lesão ± dia
relato de episódios

ECG, supino

dosar 12 (14034504)

pulsos normais

mente 4 membros

TC - contusões tipo 1 (E)

desvio de linha média

cd: indica cirurgia

Agravado mais p/ rubor e ce

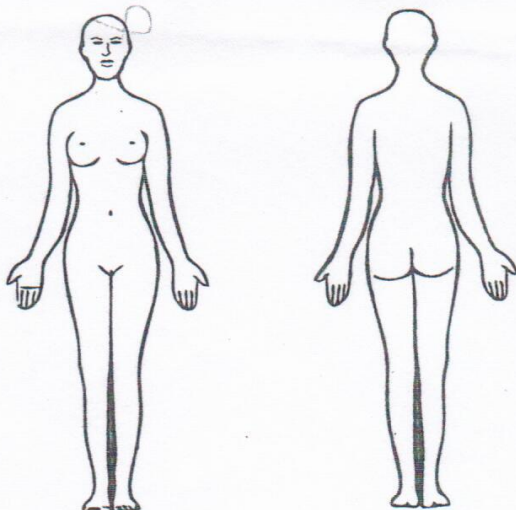
DR. EMERSON L. C. OLIVEIRA
NEUROCIRURGIA
CRM/RN 4257



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Francinalva Maria Azevedo
DATA DE NASCIMENTO: 29-06-86 IDADE: 31
REGISTRO: 31410 / 2017
DATA DE ADMISSÃO: 03-07-2017 HORA: 2:00
ADMISSÃO DO PACIENTE: Neuro Cirurgia
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Neuro Cirurgia
HIDRATAÇÃO: SIM (☒) NÃO () VIA: PERIFÉRICO () ACESSO CENTRAL ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: (☒)
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE (☒)
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (☒) HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO (☒) ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (☒) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO Nº _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: Marcelo
CIRCULANTE: Jana
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (☒) RAQUI () PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS.: _____
ANESTESISTA: _____
INÍCIO DE ANESTESIA: 2:25
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 20g de Roctan
HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





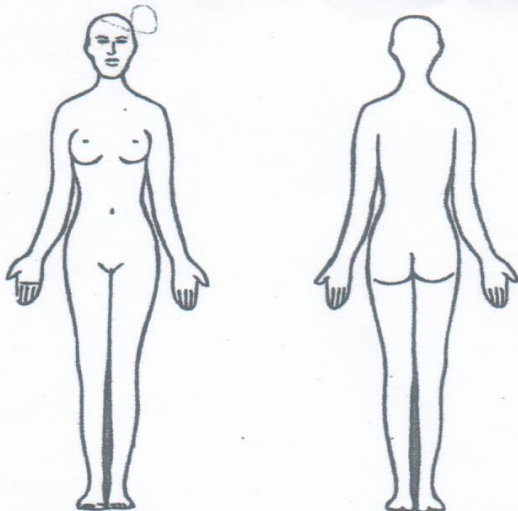
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Francinalva Maria Devedo
DATA DE NASCIMENTO: 2906-86 IDADE: 31
REGISTRO: 3410/2017
DATA DE ADMISSÃO: 03-07-2017 HORA: 2:00
ADMISSÃO DO PACIENTE: Novo Cirúrgico
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Novo Cirúrgico
HIDRATAÇÃO: SIM (☒) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: () ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE () ORIENTADO () VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: (☒)
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE (☒)
SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE () M.V. () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADOR ()
ALÉRGICO: SIM () NÃO (☒) HIPERTENSO: SIM () NÃO ()
DIABÉTICO: SIM () NÃO (☒) ASMÁTICO: SIM () NÃO ()
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (☒) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N° _____ ACESSO CENTRAL: _____
INSTRUMENTADO: Marcelo
CIRCULANTE: José
TIPO DE ANESTESIA: GERAL (☒) RAQUI () PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS.: _____
ANESTESISTA: _____
INÍCIO DE ANESTESIA: 2:25
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: 20g de Rocefin
HORA: _____

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

FRANCISCA N. DE LIMA

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório:

UNIVERSO HEMODINÂMICO

Indicação terapêutica:

CONIECÇÃO

Urgência (X)

Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data:

9/7/17

Início:

Término:

Duração:

Operador:

DR. WILSON JONAS

CRM/CRO:

15533

1º Auxiliar:

DR. PAULO ROBERTO

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

FOR DIESTESA CERE A AL
DEVIDO DORSE COM A CURELA
DADA PI D FOR FELICIA
SUCELA FIMTENT EX CI
CONIECÇÃO DECONTECÇÃO
* DRENAGEM DA CURELA
TENT. DORSE HEMODINÂMICA
DURELA COM CURELA
FELICIA PI FIMTENT

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: FRANCISCA MARIA DE LIMA Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: CÂNCER DE CÉLULAS ESCUAS

Indicação terapêutica: CRANIOTOMIA Urgência ☒ Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 9/7/17 Início: Término: Duração:

Operador: DR. WILSON J. SILVA CRM/CRO: 14333

1º Auxiliar: DR. PAULO ROBERTO CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

FOR DISTENSAO CÉLULA DE AL
DEVIDO DORAS COM A CÉLULA
DORAS PI D. FOR FELICIDADE
SUCESSO FAVORÁVEL EX CI
CONTECÇÃO DE CÉLULAS
* DRENAGEM DA CÉLULA
TENT. DORAS HONESTIDADE E
DUREZA COM CÉLULA
FELICIDADE A FAVOR

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data de Admissão: _____

Hora: _____

Data de Saída: _____

Hora: _____

Horário de verificação										
Atividade										
Respiração										
Circulação										
Consciência										
Cor										

	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
0	S/ Mov. Membros	Apnéia, Obstrução	P.A Variado + 50%	Não responde	Cianótico
1	Mov. 02 Membros	Dispneia, Obstrução Parcial	P.A 20 - 50%	Responde a chamada	Pálido, Letérico
2	Mov. 04 Membros	Respira bem, tosse	P.A Estável + - 20%	Acordado	Corado

CRITÉRIO DE ALTA:

ÍNDICE DE ALDRETTE > 8

Assinatura do Anestesiologista Responsável pela Alta da SRPA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



Assinado eletronicamente por: SILVANA MARIA DE AZEVEDO - 12/11/2019 15:00:59

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111215005814600000049050184>

Número do documento: 19111215005814600000049050184

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Data de Admissão: _____

Hora: _____

Data de Saída: _____

Hora: _____

Horário de verificação										
Atividade										
Respiração										
Circulação										
Consciência										
Cor										

	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
0	S/ Mov. Membros	Apnéia, Obstrução	P.A Variado + 50%	Não responde	Cianótico
1	Mov. 02 Membros	Dispneia, Obstrução Parcial	P.A 20 - 50%	Responde a chamada	Pálido, Letérico
2	Mov. 04 Membros	Respira bem, tosse	P.A Estável + - 20%	Acordado	Corado

CRITÉRIO DE ALTA:
ÍNDICE DE ALDRETE > 8

Assinatura do Anestesiologista Responsável pela Alta da SRPA

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: FRANCENALVA MARIA DE (ARAUJO) 249 - AZEVEDO

Cód. Paciente: 20

DN: 08/06/1986

Idade: 31 ano (s);

Data Exame: 16/07/2017 - 09:20

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Foram obtidas imagens em equipamento multislice, com aquisição helicoidal no plano axial da base à alta convexidade do crânio, sem a administração de contraste.

Exame realizado em caráter de urgência

Craniectomia fronto-parieto-temporal à esquerda.

Área com densidade heterogênea, hipodensa com áreas hiperdensas de permeio (contusão parenquimatosa hemorrágica?), localizada no parênquima da transição parieto-temporal esquerda, determinando apagamento dos sulcos corticais adjacentes e desvio das estruturas da linha média para a direita em cerca de 5 mm.

Hiperdensidade da foixe posterior e do tentório à esquerda, de aspecto compatível com hemorragia subaracnóide.

Restante do parênquima encefálico com densidade preservada.

Cavidades ventriculares de calibre normal.

Cisternas, cissuras e sulcos corticais preservados.

Laudo gerado no dia: 16/07/2017 10:48. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: EfbakFLK para acesso.

Marcel Dantas de Sousa

Laudado Por:

Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

ATESTADO
MÉDICO

ATESTADO

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a)

Francenise

Maie de Azevedo

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 07 horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período
de 30 (trinta) dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

CID. 10 nº

S06.5

Local e data

Natal 20/07/19

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM/RN 5107

Assinatura e carimbo do profissional

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Este documento é válido somente se for autenticado por se achar conforme com o original que me foi apresentado.

SÃO JOSÉ DO SERIDO/RN

Italo Ramon Chianca e Silva

(ESCREVENTE AUTORIZADO)

VALIDO SOMENTE COM O SEU
AUTENTICIDADE E FISCALIZ

 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	ATESTADO MÉDICO
	ATESTADO

Atestado para os devidos fins, que o(a) segurado(a) Franceniche

Maria de Azevedo

foi examinado(a) nesta Unidade de Saúde às 07 horas, e necessita

afastar-se de suas atividades profissionais / estudantis, durante um período
de 30 (trinta) dia(s), por motivo de doença

a partir desta data.

Autorização do paciente para
divulgação do CID.

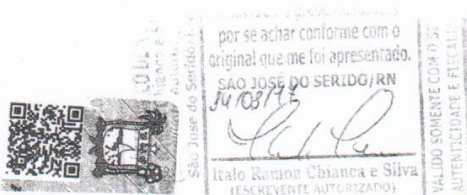
CID. 10 nº

S06.5

Motel 20/07/19
Local e data

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM/RN 5107
Assinatura e carimbo do profissional

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME

Franceneide Marie de Azevedo

Lendo Médico:

Declaro para os devidos fins
que a paciente acima citada
permaneceu internada neste
hospital de 09/07/17 à 20/07/17
para tratamento cirúrgico
de hematoma subdural agudo.

Deverá permanecer em repouso
durante trinta (30) dias. CID: S06.5

DATA 20, 07, 17

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM/RN 5107

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES.
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Hospital Monsenhor Vairredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

NOME Franceneide Maria de Azevedo

Lendo Médico:

Declaro para os devidos fins
que o paciente acima citado
permaneceu internado neste
hospital de 09/07/17 a 20/07/17
para tratamento cirúrgico
de hematoma subdural agudo.

Dever permanecer em repouso
durante trinta (30) dias. CID: S06.5

DATA 20, 07, 17

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM/RN 5107

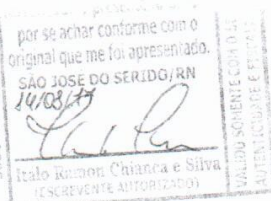
ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES,
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



Hospital Monsenhor Vairreco Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

NOME Francineche Marie de Azevedo

Lendo Médico:

Declaro para os devidos fins
que o paciente acima citado
permaneceu internado neste
hospital de 09/07/17 a 20/07/17
para tratamento cirúrgico
de hematoma subdural agudo.
Dever permanecer em repouso
durante trinta (30) dias. CID: S06.5

DATA 20, 07, 17

Ramon B. Guerreiro
Neurocirurgia
CRM/RN 5107

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PILOTE SEMPRE COM CAPACETES,
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: FRANCENALVA MARIA DE ARAUJO (249) - AZEVEDO

Cód. Paciente: 20

DN: 08/06/1986

Idade: 31 ano (s);

Data Exame: 16/07/2017 - 09:20

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Foram obtidas imagens em equipamento multislice, com aquisição helicoidal no plano axial da base à alta convexidade do crânio, sem a administração de contraste.

Exame realizado em caráter de urgência

Craniectomia fronto-parieto-temporal à esquerda.

Área com densidade heterogênea, hipodensa com áreas hiperdensas de permeio (contusão parenquimatosa hemorrágica?), localizada no parênquima da transição parieto-temporal esquerda, determinando apagamento dos sulcos corticais adjacentes e desvio das estruturas da linha média para a direita em cerca de 5 mm.

Hiperdensidade da foice posterior e do tentório à esquerda, de aspecto compatível com hemorragia subaracnóide.

Restante do parênquima encefálico com densidade preservada.

Cavidades ventriculares de calibre normal.

Cisternas, cissuras e sulcos corticais preservados.

Laudo gerado no dia: 16/07/2017 10:48. Uma cópia digital encontra-se disponível acessando o link <https://validar.wbsrad.com.br/> e utilize a data/hora e chave: **EfBakFLK** para acesso.

Marcel Dantas de Sousa

Laudado Por:

Marcel Dantas de Sousa
CRM-RN 4557 / RADIOLOGISTA



Ressonância Magnética
Densitometria Óssea
Raio-x Digital - CR
Mamografia de Alta Resolução Digital - CR
Tomografia Computadorizada Multislice
Ultrassonografia Geral e com Doppler



INSTITUTO
DE RADIOLOGIA
DE CAICÓ

REGISTRO Nº 28177/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

LAUDO

NOME DO PACIENTE.....: FRANCINALVA MARIA DE AZEVEDO

MÉDICO SOLICITANTE.....: DR(A). DANILO LEITÃO

CONVÊNIO.....: SUS

EXAME SOLICITADO.....: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

DATA DO EXAME.....: 20.11.2017

CIDADE.....: SÃO JOSÉ - RN

Técnica: Estudo realizado através de cortes tomográficos computadorizados axiais com 3 e 10mm de espessura, partindo do plano formado pela linha órbita meatal em direção ao vértex, com janela para partes moles e estruturas ósseas, sem administração endovenosa de meio de contraste iodado, que evidenciou:

Comentários:

Ampla craniotomia temporo parietal esquerda.

As cavidades paranasais e as estruturas intra-orbitárias visualizadas no presente estudo têm configuração anatômica. O quarto ventrículo é mediano, tem forma e dimensões normais. As cisternas prepontinas estão normais. O parênquima cerebelar tem coeficientes de atenuações normais. Tronco cerebral com morfologia e coeficientes de atenuações normais.

O sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficientes de atenuação normais.

Extensa área de encefalomalácia no lobo temporal esquerdo com herniação da massa encefálica.

CONCLUSÃO

- Sequela de manipulação cirúrgica.

Caicó - RN, 22 de Novembro de 2017.

DRº VALDEMAR CORDEIRO FILHO

CPF: 043.991.374-87

CRM: 613/RN

Ass. Digitalizada

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através de interpretação do médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Rua Manoel Elpidio, S/N - Penedo - Caicó/RN
(84) 3417 - 1252





Prefeitura Municipal de São José do Seridó/RN
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 11.942.301/0001-50
Rua Vicente Pereira, 87 - Centro - São José do Seridó/RN
CEP: 59.378-000 Fone: (84) 3478-2393
E-mail: smssaojosedoserido@rn.gov.br

FICHA DE REFERÊNCIA SUS - RN

Unidade de Origem	Unidade	Prontuário	FAM
Paciente: <u>SILVANA MARIA DE AZEVEDO</u>			
Endereço: _____			
Idade: _____	Sexo: ☐ M ☒ F	Município: _____	Ocupação: _____
Nome do responsável: _____			

DADOS CLÍNICOS

RESUMO CLÍNICO

Resultado dos exames: <u>Exames de Urina e Sangue</u>		
Tratamento já realizado: <u>Exames de Urina e Sangue</u>		
Impressão diagnóstica: <u>Exames de Urina e Sangue</u>		
Dr. <u>Dr. Danilo Pereira Leite</u>	CRM-RN: <u>3082</u>	Data: <u>10/12/2017</u>
Médico	CRM	Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento para a especialidade <u>Neurologista</u>	
Consulta marcada para a Unidade _____	Município: _____
Para o Dr. _____	às _____ hs. do dia ____/____/____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA SUS - RN

Preencher quando resolvido o problema que gerou a referência

Unidade referenciada: _____	Município: _____
PACIENTE: _____	

ATENÇÃO PRESTADA

RESUMO CLÍNICO	
Resultado dos exames realizados: _____	
Diagnóstico: _____	CID: _____
Conduta: _____	
Observações: _____	
Médico _____	CRM _____
	Data _____

Garantia a continuidade de _____	Unidade _____	Prontuário _____	FAM _____
----------------------------------	---------------	------------------	-----------

Assistência cadastrado ao paciente sob o N° _____





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Jardim do Seridó
Rua José da Costa Cirne, 200, Esplanada, JARDIM DO SERIDÓ - RN - CEP: 59343-000

Processo n.º: 0800714-06.2019.8.20.5117

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Autor(a): FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO

Requerido(a): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Por não antever a possibilidade de realização de acordo entre as partes, determino, desde já, a citação da parte demandada para oferecer contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias úteis, consoante art. 335, inciso III do Código de Processo Civil.

Jardim do Seridó, 4 de dezembro de 2019.

Janaína Lobo da Silva Maia

Juíza de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Vara Única da Comarca de Jardim do Seridó
Rua José da Costa Cirne, 200, Esplanada, JARDIM DO SERIDÓ - RN - CEP: 59343-000

Processo n.º: 0800714-06.2019.8.20.5117

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Autor(a): FRANCENALVA MARIA DE AZEVEDO

Requerido(a): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Por não antever a possibilidade de realização de acordo entre as partes, determino, desde já, a citação da parte demandada para oferecer contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias úteis, consoante art. 335, inciso III do Código de Processo Civil.

Jardim do Seridó, 4 de dezembro de 2019.

Janaína Lobo da Silva Maia

Juíza de Direito

