

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000087111-4

Nr. da Autenticação F92D4BF3B0E6B1A5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302019 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL **Data do acidente:** 21/01/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE ZIGOMÁTICO E ÓRBITA À DIREITA.
FRATURA DA COLUNA TORÁCICA SEGMENTO DE T8.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3 P5 P9 P13)

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS E LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS
CRANIOFACIAIS E LEVE DA COLUNA TORÁCICA.

**Documentos
complementares:**

Observações: ABORDAGEM CIRÚRGICA NA FACE NÃO REALIZADA DEVIDO A FALTA DE MATERIAL DE SÍNTESE (P9)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302019

Vítima: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA MARIA RODRIGUES MACIEL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 104

Agência: 00000560

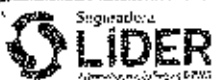
Conta: 0000087111-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

7 - Nº do sinistro ou ACI: 033 552874-54 8 - CPF da vítima: 343 9 - Nome completo da vítima: Ana Lucia Rodrigues Maciel

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Menor dependente: Ana Lucia Rodrigues Maciel 6 - CPF: 033 552874-54 7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua Bom Jesus 9 - Número: 343 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Minas 13 - Estado: 14 - CEP: 59600-530 15 - E-mail: [84] 99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECEBO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 A R\$25.000,00 ☐ R\$25.001,00 A R\$50.000,00 ☐ ACIMA DE R\$50.000,00 ☐ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Servente para os usuários efetivos. Atividade, nome opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 87333 4 AGÊNCIA: CONTA: Nome do BANCO: Instruções a digitos se aplica Instruções a digitos se aplica Instruções a digitos se aplica Instruções a digitos se aplica

Autoriza a Seguradora Líder a consultar as contas bancárias informadas, de minha titularidade, e/ou de agência, para fins de pagamento do Seguro DPVAT a qual eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o consentimento do crédito, quitando integralmente o valor devido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Saliento o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, e a falta de documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter a análise do IML, quando não houver atendimento às regras da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, caso contrário, o acidente será considerado conforme a descrição na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou com a realização de exames médicos, caso disponha de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou dependente(s): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se vítima deixou dependente(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou dependente(s) ☐ Sim ☐ Não 31 - Se tenha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que eu apresentar e provar esta condição, estando eu, ainda, de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação do processo e a perda da indenização, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a roça):

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a roça):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a roça):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 20/08/2020

Ana Lucia Rodrigues Maciel

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A autenticidade deste documento está condicionada à verificação de sua autenticidade pela Internet na área de acompanhamento e
consulta de registro de Ocorrências da Delegacia Virtual, no endereço <http://www.defessocial.m.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020001033073

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 07/07/2020 14:12:17

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 21/01/2020 07:00:00

2.3 Número: 226

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: BOA VISTA

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA FRANCISCO SOLON

2.4 CEP: 59.605-280

2.6 Ponto de Referência: SUPERMERCADO QUEIROZ

2.8 Cidade: MOSSORÓ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

3.3 E-mail: NÃO INFORMADO

3.5 Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO DE ALMEIDA

3.7 Sexo: FEMININO

3.9 CPF: 03155287454

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: DOMESTICA

3.15 Telefone(s): 84 991100095

3.17 Número: 349

3.19 Bairro: BELO HORIZONTE

3.2 Estado civil: Divorçado(a)

3.4 Pai: ANTONIO ALMEIDA MACIEL

3.6 Data de Nascimento: 21/08/1972

3.8 RG: Não informado

3.10 Passaporte:

3.12 Naturalidade: MOSSORÓ

3.14 E-Mail: ILUMINADO.SB@HOTMAIL.COM

3.16 Logradouro: RUA BRASILEIRA DE JESUS

3.18 CEP: 59604452

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S)

(NÃO FORAM INCLUIDOS ACUSADOS)

6. DADOS DA OCORRÊNCIA

7. DOS FATOS

7.1 Histórico

Sofri uma colisão de moto em um cachorro passei mais ou menos 40 minutos desassistida no local, fui socorrida pelo samu, e foi diagnosticado na chegada ao hospital regional Tarcísio Maia, que eu tinha fraturado duas vértebras da coluna cervical e também o osso da maçã do rosto. da fratura das vértebras da coluna eu tive que usar um colete torácico por 90 dias, e do rosto foi feito uma cirurgia para a correção, o veículo non qual eu estava era uma Honda pop 100 cilíndrica, ano 2009 de placa MYZ 5334.

8. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

9. DECLARAÇÃO

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

Comunicante: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

Data: 07/07/2020 14:13:21

10. PROVIDÊNCIAS (RESERVADO A AUTORIDADE POLICIAL)

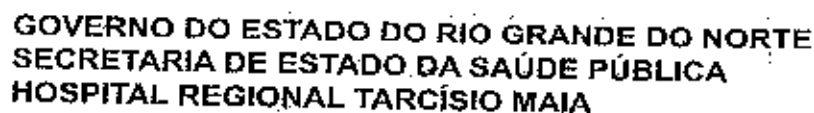
Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado.

Atendimento: 1702742 - RUBENS PAES BEZERRA FILHO

Impresso por: WEB em 07/07/2020 14:15:05

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA





Nome: Amélia Rodrigues Nasil Leito: _____

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	metil. líon			
	500.0 1500ml IV			
	Ceftriaxona 1g 12/12h (8x/24h)			
	Levofloxacina 400mg 12/12h		22	
	glicocorticoide 6/6h IV		20	
	Dulcitol 400mg 1x		NT	
	SSOL CCGG			
	Eds. JMS			
	Dr. Edson Fernandes Jales			
	Cirurgião Geral			
	CRC-RN 1417			

Cirurgia Geral: (Às 9:30)

- Radiografia de tórax sem alterações.
- Alta da cirurgia geral.


Dr. Ramon Roberto de Oliveira
Cirurgião Geral e Vascular
CRM 2834

BMF 21/01/2020 10:05h :

pte estavel, vitas de fucure facil, epmte
afundamento de fucure (D).

TC de face demonstrando fratura de C7C8
com indicaçao cirurgica.

Após alta do NC, transferir aos cuidados
dos do BMF. - 23/01/20 - 12:16

Adriano
Cirurgião

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 04/02/2020

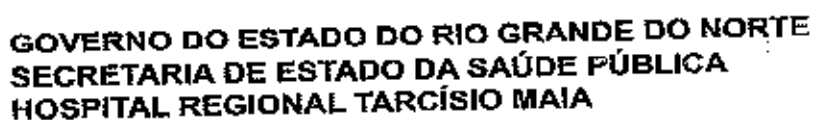
A. Ramon Roberto de Oliveira

SAME/ARQUIVO

RMF - 150.343-0

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA
Mossoró, RN - 55.020-000

Imagem: 150.343-0



Nome: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL Leito: RT-06

PRESCRIÇÃO

ARQUIVO

FIA: 344/2020

Paciente: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

Nascimento: 21/08/1972

Nome da Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Previsão de Alta:

Data da Internação: 21/01/2020 09:07 OBS FEMININA

Quarto/Leto: 1 - 10E

Data da evolução: 23/01/2020 15:28 Usuário: FIRMINO

Evolução:

Idade na data: 47 anos 5 meses 2 dias

TRAUMATOLOGIA ORTOPÉDICA - PARECER

PACIENTE REFERE DOR NO OMBRO DIREITO

HISTÓRIA DE TRAUMA EM ACIDENTE COM MOTOCICLETA HA 2 DIAS.

EM LEITO DO PS

VIGIL E CONSCIENTE

OMBRO DIREITO: DOR A PALPAÇÃO DA EXTREMIDADE LATERAL DA CLAVÍCULA

CONDUTA: SOLICITO RADIOGRAFIAS

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM 2517 / RNHOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTABELECE-SE O ORIGINAL
SANTO ALEGRE 07/01/2020

SANE / ARQUIVO



REQUISICÃO DE PARECER

Nome: Guilherme Alves Idade: 18 Nº Reg. 123456789

Serviço: _____ Enfo: 127 Leito: 06

AO SERVIÇO: *Faculdade*

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFERE O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 07/02/2010

Bin

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

Mossoró, de de 20

Médico que solicita o parecer

PARECER: Wm W. Wilson

[illegible]

Payable to Banco Rio de Janeiro, Porto Alegre, S. Paulo e Real
Prestados ao Sr. L. L. L.

26/05/20

Dr. Adolfo Carrasco
Endocrinología
Chileno 613

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **56328 ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL**

Prontuário: _____

CNS: 700607984135168

Nascimento: 21/08/1972

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA

Pai: ANTONIO ALMEIDA MACIEL

Endereço: RUA BRASILEIRA DE JESUS, 349 - BELO HORIZONTE - MOSSORO

Fone: 87201863 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE: _____

240800 UF: RN

CEP: 59604-452

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 100 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

Paciente 47anos, colisão moto x animal hoje pela manhã.

Queixa de dorsalgia.

ECG 15, sem déficits, pupilas normais.

TC de crânio sem hemorragia intracraniana. Fratura Orbítozigomática direita.

TC de Coluna Cervical e Lombar sem fratura.

TC de Coluna Torácica com Fratura de T8.

Gd: Internação pela NCR, solicito colete TLSO. Analgesia. Pendente conclusão do atendimento pela CG e BMF.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Clínica + Imagem

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC de crânio sem hemorragia intracraniana. Fratura Orbítozigomática direita.

TC de Coluna Cervical e Lombar sem fratura.

TC de Coluna Torácica com Fratura de T8.

Diagnostico e Procedimento Inicial:

M54.8 OUTRA DORSALGIA*308040015. TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

Profissional Solicitante / Assistente:

RIVUS FERREIRA ARRUDA

CRM: 7238 / RN

Data da Solicitação 21/01/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

☐) Acidente de Trabalho Típico☐) Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

Vínculo com previdência: ☐) Empregado ☐) Empregador ☐) Autônomo ☐) Desempregado ☐) Aposentado ☐) Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: ☐) CNS ☐) CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH:

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 211649



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL** (Fia: 344/2020), CPF:03155287454.

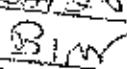
Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

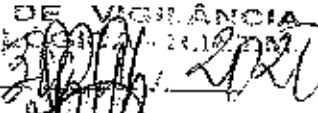
Mossoró/RN, 21 de Janeiro de 2020.


Paciente ou responsável

CCIH - HRTM
DATA 31/01/2020

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AME MOSSORÓ 04/01/2020

SAME / ARQUIVO

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM
DATA 31/01/2020

Assinatura

ORTOP

POTE Com LAC NO OMBRO (D) + FX.

NO CONTO DE LI, Com BSA fumaço DO

OMBRO, Em VO DE JERRETT

COMPLETA - MANEJA LOLETE

- SEGUIMENTO AMBULATORIAL APÓS

ALTA HOSPITALAR

Dr. Danilo L. de Paula
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONSTITUE O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 07/02/2020

SANE ARQUIVO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **56328 ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL**

Prontuário: 0

CNS: 700607984135168

Nascimento: 21/08/1972

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA

Pai: ANTONIO ALMEIDA MACIEL

Endereço: RUA BRASILIANA DE JESUS, 349 - BELO HORIZONTE - MOSSORO

Fone: 87201863 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE: _____

240800 UF: RN

CEP: 59604-452

Clínica de Acompanhamento: BUCOMAXILO

Laudo: 120 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Assimetria facial com degraú ósseo em região infraorbitária direita, hematoma em região periorbitária direita.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Necessidade de tratamento especializado

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Exame físico e TC

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S02.4 FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES*404020526.OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-Z

Profissional Solicitante / Assistente:

JARBAS MIGUEL FERNANDES MARIANO

CRM: 1093 / RN

Data da Solicitação 24/01/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

☐ Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
DATA DE EMISSÃO 24/01/2020

SARIE / ARQUIVO

Cirurgia Geral: (Às 9:30)

- Radiografia de tórax sem alterações.
- Alta da cirurgia geral.


Dr. Ramon Roberto de Oliveira
Cirurgião Geral e Vascular
CRM 2834

BMF 21/01/2020 10:05h :

pte estavel, vitas de frequência facil, epimite
afundamento de frequência (D).

TC de face demonstrando fratura de C7C8
com indicação cirúrgica.

Após alta do NC, transferir aos cuidados
dos do BMF. - 23/01/20 - 12:16

Adriano 
Cirurgião Geral

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ 04/02/2020


A. Ramon Roberto de Oliveira

SAME/ARQUIVO

RMF - 150.343-0

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA
Mossoró - RN

Imagem: 150.343-0



REQUISICÃO DE PARECER

Nome: Aug. Peter Hoffmann Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: _____ Enfº: 128 Leito: 06

AO SERVIÇO: Paulista

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

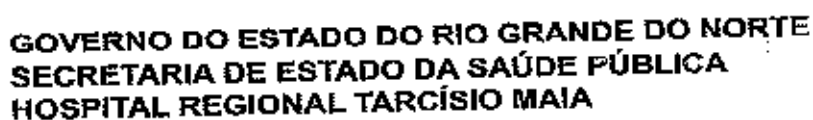
Massorò, _____ de _____ de 20_____

Médico que solicita o parecer

PARECER: More ways -

Long Greeny Cucumbers
 10 @ 1.00 = 10.00, 10 @ .75 = 7.50,
 10 @ .50 = 5.00, 10 @ .25 = 2.50
 Per = 26.00 (27.30) Per = 10.00
 Dr: M.C.E. - M + C.A.
 Miller Bros
 Lynn Petri - Paperwork
 cc: Dietz: TX fare.

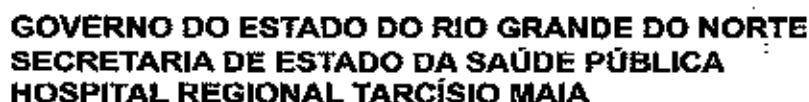
Parents of minor visit for
divorce, etc. & really
need to see the child
2/10/20



Nome: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL Leito: RT-06

PRESCRIÇÃO

ARQUIVO



Nome: Amalucio Rodriguez Manuel Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
28.01.2020	Paciente aguarda transferência via SISREG. Devido a falta de MATERIAL DE SÍNTESE OSIEA.

[illegible]

Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

FIA: 8-344/2020

Idade: 47 ano(s) 5 mes(es) e 6 dia(s)

Prescrição Nº: 4

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211649

Peso:

Data Internação: 27/01/2020 09:07

Início Validade: 27/01/2020 15:29 até 25/01/2020 15:28

Quarto / Leito: 1 - 10E

Médico Resp.: 161-RIVUS FERREIRA ARRUDA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

27/01/2020 15:31:18 - Paciente vítima de acidente de trânsito, porta fratura em CZO-D, com indicação de tratamento cirúrgico. Solicito inclusão no SISREG, devido a falta de material de síntese óssea nesta UH.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1 - LIVRE

3X

Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF.

SOLUÇÃO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

2 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML
SIST. F

2.000 ML

IV Contínuo 84 gotas/min

Tempo: 7,94h

MEDICAMENTO

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD)

1

FA

IV 12h/12h

4 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML

50

GTS

VO 6h/6h

Obs.: fixo

5 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

1

AMP

IV 6h/6h

Obs.: diluir em 8 ml abd.

6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

1

AMP

IV 8h/8h

S/N se náusea ou vômito

7 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)

1

FR

IV 24h/24h

Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã

8 - TENOXICAN 40MG - PO

1

FA

IV 12h/12h

Obs.: + 20 ml abd ev

CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

9 - PARECER

Obs.: ortopedia - dor em ombro E

10 - VPM

Obs.: pode sentar na poltrona e ir deambulando ao

banheiro assistida

alta NCR

11 - GABECEIRA ELEVADA

12 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

JARBAS MIGUEL FERNANDES MARIANO

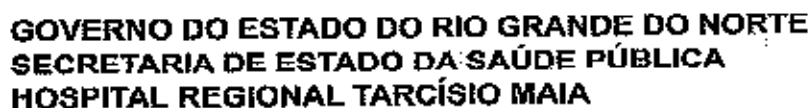
CRO-1093/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAMBROS 07/03/2020

SAMBROS ARQUIVO

Jarbas Miguel Fernandes Mariano
Médico. R1771-0
CRO-RN 1093



Nome: Ana Clara Rodrigues Maciel Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
25.01.2010	Priseta intensa e escuras pela Unio lipengra, porta fufada gromada onitruin (D), Aguarda trous finuclon n' fna'mento Pimngica

PRESCRIÇÃO

[illegible]

Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

FIA: 8-344/2020

Idade: 47 ano(s) 5 mes(es) e 3 dia(s)

Prescrição Nº: 4

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211649

Peso:

Data Internação: 21/01/2020 09:07

Início Validade: 24/01/2020 15:29 até 25/01/2020 15:28

Quarto / Leito: 1 - 10E

Médico Resp.: 161-RIVUS FERREIRA ARRUDA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

24/01/2020 15:31:18 - Paciente vítima de acidente de trânsito, porta fratura em CZO-D, com indicação de tratamento cirúrgico. Solicito inclusão no SISREG, devido a falta de material de síntese óssea nesta UH.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF.				3X		
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 7,94h	2.000	ML	IV	Contínuo	84gota/min	
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD)	1	FA	IV	12h/12h		
4 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML Obs.: fixo	50	GTS	VO	6h/6h		
5 - DIFIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML Obs.: diluir em 8 ml abd.	1	AMP	IV	6h/6h		
6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N se náusea ou vômito	1	AMP	IV	8h/8h		
7 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã	1	FR	IV	24h/24h		
8 - TENOXICAN 40MG - PO Obs.: + 20 ml abd ev	1	FA	IV	12h/12h		
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - PARECER Obs.: ortopedia - dor em ombro E						
10 - VPM Obs.: pode sentar na poltrona e ir deambulando ao banheiro assistida alta NCR						
11 - CABECEIRA ELEVADA						
12 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						

JARBAS MIGUEL FERNANDES MARIANO

CRO-1093/RN

 JARBAS MIGUEL FERNANDES MARIANO
 Matrícula: 51771-0
 CRO-RN 1093

 HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 A CONFORME O ORIGINAL
 07/02/2020
 BIAV
 SAÍDA / ARQUIVO

FIA: 344/2020

Paciente: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

Nascimento: 21/08/1972

Nome da Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Previsão de Alta:

Data da Internação: 21/01/2020 09:07 OBS FEMININA

Quarto/Leto: 1 - 10E

Data da evolução: 23/01/2020 15:28 Usuário: FIRMINO

Evolução:

Idade na data: 47 anos 5 meses 2 dias

TRAUMATOLOGIA ORTOPÉDICA - PARECER

PACIENTE REFERE DOR NO OMBRO DIREITO

HISTÓRIA DE TRAUMA EM ACIDENTE COM MOTOCICLETA HA 2 DIAS.

EM LEITO DO PS

VIGIL E CONSCIENTE

OMBRO DIREITO: DOR A PALPAÇÃO DA EXTREMIDADE LATERAL DA CLAVÍCULA

CONDUTA: SOLICITO RADIOGRAFIAS

JOAO FIRMINO DA SILVA NETO
CRM 2517 / RNHOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTABELEÇA-SE O ORIGINAL
SANTO ALEGRE 07/01/2020

SANE / ARQUIVO

Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

FIA: 8-344/2020

Idade: 47 ano(s) 5 mes(es) e 2 dia(s)

Prescrição Nº: 3

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211649

Peso:

Data Internação: 21/01/2020 09:07

Início Validade: 23/01/2020 10:31 até 24/01/2020 10:31

Quarto / Leito: 1 - 10E

Médico Resp.: 161-RIVUS FERREIRAARRUDA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

23/01/2020 09:20:51 - Paciente 47 anos, colisão moto x animal.

ECGL 15, sem déficits. Estava de capacete.

Nega vômito ou desmaio.

Referindo melhora da dorsalgia. Dor e dormência em ombro E

TC de Crânio sem hemorragia intracraniana, fratura orbitozigomática D (BMF).

Cd: alta NCR com orientações / aguarda avaliação da BMF e reavaliação da cirurgia geral/ solicito avaliação da ortopedia

Atualizado: Paciente com melhora da dor em ombro E e dor em costas. Sem alterações em resto. Aguardando avaliação da BMF e reavaliação da cirurgia geral/ solicito avaliação da ortopedia.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

1 - LIVRE

Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF. ok.

SOLUÇÃO

2 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML

SIST. F

Tempo: 7,94h

MEDICAMENTO

3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML

Obs.: fixo

4 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

Obs.: diluir em 8 ml abd.

5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

S/N se náusea ou vômito

6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)

Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã

7 - TENOXICAN 40MG - PO

Obs.: + 20 ml abd ev

CUIDADOS

8 - PARECER

Obs.: ortopedia - dor em ombro E

9 - VPM

Obs.: pode sentar na poltrona e ir deambulando ao banheiro assistida alta NCR

10 - CABECEIRA ELEVADA

11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

12. Pós cirurgia de BMF.

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS

CRM-5722/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

CÓPIA AUTENTICADA ORIGINAL

CARTELA DE CONTROLE 09/01/2020

SAME / ARQUIVO

Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

FIA: 8-344/2020

Idade: 47 ano(s) 5 mes(es) e 2 dia(s)

Prescrição Nº: 3

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211649

Peso:

Data Internação: 21/01/2020 09:07

Início Validade: 23/01/2020 10:31 até 24/01/2020 10:31

Quarto / Leito: 1 - 10E

Médico Resp.: 161-RIVUS FERREIRAARRUDA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

23/01/2020 09:20:51 - Paciente 47 anos, colisão moto x animal.

ECGL 15, sem déficits. Estava de capacete.

Nega vômito ou desmaio.

Referindo melhora da dor e dormência em ombro E

TC de Crânio sem hemorragia intracraniana, fratura orbitozigomática D (BMF).

Cd: alta NCR com orientações / aguarda avaliação da BMF e reavaliação da cirurgia geral/ solicito avaliação da ortopedia

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

1 - LIVRE

Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF.

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3X

SOLUÇÃO

2 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML

SIST. F

Tempo: 7,94h

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

IV Contínuo 84gota/min

2.000

ML

1º 2º 3º 4º

MEDICAMENTO

3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML

Obs.: fixo

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

50

GTS

VO

6h/6h

4 - DAPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

Obs.: diluir em 8 ml abd.

1

AMP

IV

6h/6h

5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

S/N se náusea ou vômito

1

AMP

IV

8h/8h

6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)

Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã

1

FR

IV

24h/24h

7 - TENOXICAN 40MG - PO

Obs.: + 20 ml abd ev

1

FA

IV

12h/12h

CUIDADOS

8 - PARECER

Obs.: ortopedia - dor em ombro E

9 - VPM

Obs.: pode sentar na poltrona e ir deambulando ao

banheiro assistida

alta NCR

10 - CABECEIRA ELEVADA

11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

12. Aos v: 23/01/2020
BMF.

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS

CRM-5722/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ O ORIGINAL ORIGINAL
SARE MOLUPO 64/02/2020

SARE / ARQUIVO

Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

FIA: 8-344/2020

Idade: 47 ano(s) 5 mes(es) e 1 dia(s)

Prescrição Nº: 2

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211649

Peso:

Data Internação: 21/01/2020 09:07

Início Validade: 22/01/2020 10:31 até 23/01/2020 10:31

Quarto / Leito: 1 - 10E

Médico Resp.: 161-RIVUS FERREIRA ARRUDA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

22/01/2020 10:33:24 - Paciente 47 anos, colisão moto x animal.

ECGL 15, sem déficits. Estava de capacete.

Nega vômito ou desmaio.

Referindo dor na região da coluna.

TC de coluna C/T/L = Fratura de corpo vertebral de T8 (achatamento do platô superior).

TC de Crânio sem hemorragia intracraniana, fratura orbitozigomática D (BMF).

Cd: aguarda melhora da dor para alta hospitalar / aguarda avaliação da BMF e reavaliação da cirurgia geral

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

1 - LIVRE

Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF.

3X

SOLUÇÃO

2 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML

SIST. F

Tempo: 7,94h

Quantidade

Und.

Via

Intervalo

Velocidade

Horários

IV

Contínuo 84gota/min

2.000

ML

MEDICAMENTO

3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML

Obs.: fixo

50

GTS

VO

6h/6h

4 - DIFENIDRAMINA 500MG/ML 2 ML

Obs.: diluir em 8 ml abd.

1

AMP

IV

6h/6h

5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

S/N se náusea ou vômito

1

AMP

IV

8h/8h

6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)

Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã

1

FR

IV

24h/24h

7 - TENOXICAN 40MG - PO

Obs.: + 20 ml abd ev

1

FA

IV

12h/12h

CUIDADOS

8 - TRANSFERIR PARA

Obs.: enfermaria

9 - VPM

Obs.: pode sentar na poltrona e ir deambulando ao banheiro assistida

10 - CABECEIRA ELEVADA

11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

Quantidade

Und.

Via

Intervalo

Velocidade

Horários

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS

CRM-5722/RN

Sf. 09/01/2020

HOSPITAL REG TARCISIO MAIA

EST. 04/02/2020

SANTO AMAR

SANTO AMAR

Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

FIA: 8-344/2020

Idade: 47 ano(s) 5 mes(es) e 0 dia(s)

Prescrição N°: 1

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/GRATUITO

Nr. Prontuário: 211649

Peso:

Data Internação: 21/01/2020 09:07

Início Validade: 21/01/2020 09:35 até 22/01/2020 09:07

Quarto / Leito: 1 - 10E

Médico Resp.: 161-RIVUS FERREIRA ARRUDA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

21/01/2020 09:37:06 - Paciente 47 anos, colisão moto x animal.

ECGL 15, sem déficits. Estava de capacete.

Nega vômito ou desmaio.

Referindo dorsalgia.

TC de coluna C/T/L = Fratura de T8.

TC de Crânio sem hemorragia intracraniana, fratura orbitozigomática D (BMF).

Cd: Internação pela NCR, solicito colete TLSO. Analgesia e restrição ao leito em decúbito horizontal aguardando o colete.

Oriento paciente e familiares sobre patologia e riscos.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

1 - LIVRE

Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF.

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

3X

SOLUÇÃO

2 - SOLUÇÃO DE

a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML

SIST. F

Tempo: 7,94h

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

IV Contínuo 84gota/min

2.000

ML

500 + 500 + 500 + 500

MEDICAMENTO

3 - DÍPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2 ML

Obs.: diluir em 8 ml abd.

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

1

AMP

IV 6h/6h

4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML

S/N se náusea ou vômito

1

AMP

IV 8h/8h

5 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)

Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã

1

FR

IV 24h/24h

6 - TRAMADOL 50MG/ML - 1ML

S/N se dor refratária à dipirona

2

AMP

IV 8h/8h

7 - TENOXICAN 40MG - PO

Obs.: + 20 ml abd ev

1

FA

IV 12h/12h

CUIDADOS

8 - CABECEIRA ELEVADA

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

10 - ATENÇÃO

Obs.: Restrição ao leito em decúbito horizontal.

Aguardando colete TLSO.

CONTÍNUO

Assinatura Médica
Rivus Ferreira Arruda
CRM-7238/RN

RFA/11

RIVUS FERREIRA ARRUDA

CRM-7238/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

FOLHA AUTORIZADA ORIGINAL

SANEAMENTO 0.7164 2020

Assinatura
Rivus Ferreira Arruda

ENCARTE ARQUIVO



REQUISICÃO DE PARECER

Nome: Guilherme Alves Idade: 18 N° Reg. 123456789

Serviço: _____ Em^o: 127 Leito: 06

AO SERVIÇO: *Faculdade*

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo)

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MATA
ESTA CONFERE O ORIGINAL
SANE MOSSORÓ 07/02/2010

Bin

450315Z

Mossoró, de de 20

Médico que solicita o parecer

PARECER: Wm. W. Wilson

Long Green Conduits
RSC @ CMA @ CMA @ CMA @
RSC @ CMA @ CMA @ CMA @
A/C = A/C (1) & 13 A/C (1) P/L (100%)
A/C M/C - M/C MA
C/M/S/B/S
Lignin Pellet - Paper Pellet
O/C Menta - TX Fare

Payable to Banco Rio de Janeiro, Porto Alegre, S. Paulo e Real
Prestados ao Sr. L. L. L.

26/05/20

Dr. Adolfo Carrasco
Endocrinología
Chileno 613

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **56328 ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL**

Prontuário: _____

CNS: 700607984135168

Nascimento: 21/08/1972

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA

Pai: ANTONIO ALMEIDA MACIEL

Endereço: RUA BRASILEIRA DE JESUS, 349 - BELO HORIZONTE - MOSSORO

Fone: 87201863 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE: _____

240800 UF: RN

CEP: 59604-452

Clínica de Acompanhamento: NEUROCIRURGIA

Laudo: 100 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:**

Paciente 47anos, colisão moto x animal hoje pela manhã.

Queixa de dorsalgia.

ECG 15, sem déficits, pupilas normais.

TC de crânio sem hemorragia intracraniana. Fratura Orbítozigomática direita.

TC de Coluna Cervical e Lombar sem fratura.

TC de Coluna Torácica com Fratura de T8.

Gd: Internação pela NCR, solicito colete TLSO. Analgesia. Pendente conclusão do atendimento pela CG e BMF.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Clínica + Imagem

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

TC de crânio sem hemorragia intracraniana. Fratura Orbítozigomática direita.

TC de Coluna Cervical e Lombar sem fratura.

TC de Coluna Torácica com Fratura de T8.

Diagnostico e Procedimento Inicial:

M54.8 OUTRA DORSALGIA*308040015. TRATAMENTO DE COMPLICACOES DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS OU CLINICOS

Profissional Solicitante / Assistente: _____

RIVUS FERREIRA ARRUDA

CRM: 7238 / RN

Data da Solicitação 21/01/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____

Série: _____

☐) Acidente de Trabalho Típico☐) Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____

CBOR: _____

Vínculo com previdência: ☐) Empregado ☐) Empregador ☐) Autônomo ☐) Desempregado ☐) Aposentado ☐) Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: ☐) CNS ☐) CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORO

SAME / ARQUIVO

Prontuário: 211649



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL** (Fia: 344/2020), CPF:03155287454.

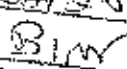
Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

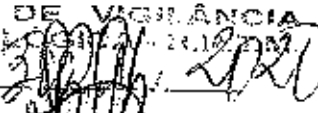
Mossoró/RN, 21 de Janeiro de 2020.


Paciente ou responsável

CCIH - HRTM
DATA 31/01/2020

Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
AME MOSSORÓ 04/01/2020

SAME / ARQUIVO

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - HRTM
DATA 31/01/2020

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

CNES: 2503689

Executante: O solicitante ou _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **56328 ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL**

Prontuário: 0

CNS: 700607984135168

Nascimento: 21/08/1972

Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA

Pai: ANTONIO ALMEIDA MACIEL

Endereço: RUA BRASILIANA DE JESUS, 349 - BELO HORIZONTE - MOSSORO

Fone: 87201863 /

Município: MOSSORO

Código Municipal IBGE: _____

240800 UF: RN

CEP: 59604-452

Clínica de Acompanhamento: BUCOMAXILO

Laudo: 120 / 2020

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Assimetria facial com degraú ósseo em região infraorbitária direita, hematoma em região periorbitária direita.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Necessidade de tratamento especializado

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

Exame físico e TC

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

S02.4 FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES*404020526.OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-Z

Profissional Solicitante / Assistente:

JARBAS MIGUEL FERNANDES MARIANO

CRM: 1093 / RN

Data da Solicitação 24/01/2020

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

☐ Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

☐ Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____

Assinatura/Carimbo: _____

Nº Autorização da AIH: _____

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
DATA DE EMISSÃO 24/01/2020

SARIE / ARQUIVO