



Número: **0816643-78.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **21/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.306,25**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL DE LUCENA (AUTOR)	LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62607 801	10/11/2020 15:48	<u>2764725_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Documento de Comprovação

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



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 15:48:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111015482744900000060038390>
Número do documento: 20111015482744900000060038390

Num. 62607801 - Pág. 1

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	





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

Rio de Janeiro, 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

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 autonómica, 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 =

Recebedor: ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 104

Agência: 00000560

Conta: 0000087111-4

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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 - DAVIS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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.

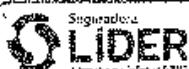


Pág. 01659/01660 - carta 15B - INVALÍDEZ



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 15:48:27
<https://pje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011101548274490000060038390>
Número do documento: 2011101548274490000060038390

Num. 62607801 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Número do sinistro ou APL: 3 - CPF da vítima: 033.552.874-54 4 - Nome completo da vítima: Ana Lucia Rodrigues Maciel REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 09/445/2012 5 - Nome completo: Ana Lucia Rodrigues Maciel 6 - RG: 033.552.874-54 7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua Bom Jesus 9 - Número: 343 10 - Complemento: Casa 11 - Bairros: Belo Horizonte 12 - Cidade: Belo Horizonte 13 - UF: MG 14 - CEP: 30760-530 15 - E-mail: Não Possui 16 - Telefone: 84199827-0066	
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 da direção, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: 20 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Só servirá para os casos abertos, Ativada uma vez). <input type="checkbox"/> bradesco (237) <input type="checkbox"/> itaú (941) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Pedir número): _____ <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (301) AGENCIA: 0560 CONTA: 87333 AGENCIA: CONTA: Informar o dígito de verificação Informar o dígito de verificação Informar o dígito de verificação Informar o dígito de verificação Autorizo a Seguradora Lider a dirigir na conta bancária informada, no mês de abertura, o valor da indenização, pelo beneficiário do Seguro DPVAT, o que é direito, reconhecido e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quando total do valor recebido.	
22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA OBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob os efeitos 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 9.947/94), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias da pedido. Salvo o desagradamento da causa do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por motivo de incompatibilidade, ou na base de documentos que anula a apresentação sem a apresentação do laudo do IML, convencionando, desde já, em não se tratar a causas de fato e/ou de natureza, que não sejam de culpa da Seguradora Lider para sua fixação da indenização e quantificação das respectivas despesas, no ato de fechar o contrato, em veículos automotivos, conforme o disposto na LG 5.774/94. Declaro que esta autorização não significa prestar concordância com a leitura avulsa e/ou revisão posterior ao laudo de invalides médicas, caso discorrerem da seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORRETURA DE MORTE 25 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 26 - Data da morte da vítima: _____ 25 - Grupo de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou comprovante de: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou comprovante: <input type="checkbox"/> Sim 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sim 30 - Vítima faleceu: <input type="checkbox"/> Sim 31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim 32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Falsos 33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sim Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> suspeito(falecido?) <input type="checkbox"/> vivo Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> suspeito(vivo?) <input type="checkbox"/> Não Este cliente da Seguradora Lider pagará caso decida, a indenização do Seguro DPVAT por motivo aqueles beneficiários que tenham falecido e permanecido esta condição, estando de fato, óbito, ou que apesar de sua declaração não verdadeira pediu ao gestor a abertura da mesma corrente recebido, além da sua cobertura criminal por infração à artigo 739 do Código Penal.	
34 Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 35 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 36 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data: J 02/2020 - 20/10/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (delegado) <i>Ana Lucia Rodrigues Maciel</i> 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TFS-001-V002/2019





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Este Boletim de Ocorrência foi devidamente homologado pela Delegacia Virtual e liberado para impressão definitiva.
A autenticação 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.mt.gov.br>

Unidade Policial: DELEGACIA VIRTUAL

Endereço:

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020091033073

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 Etnia: 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: DOMÉSTICA

3.15 Telefone(s): 84 991100095

3.17 Número: 349

3.19 Bairro: BELO HORIZONTE

3.2 Estado civil: Divorciado(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 BRASILIANA 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

Saiu uma colisão de moto em um cachorro passei mais ou menos 40 minutos desacordada 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 mandíbula do rosto, da fratura das vértebras da coluna eu tive que usar um colete torácico por 90 dias, e do resto foi feita uma cirurgia para a correção do veículo que eu estava era uma Honda pop 100 côntrades, 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



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Avalucio Rodrigues Henrique **Leito:**

DATA	EVOLUÇÃO
28.01.2020	Paciente aguarda finalização via SISREG, devido a falta de disponibilidade de SÍNTESG OSJEK.

PRESCRIÇÃO



The Georgia General Assembly

- Radiografia de tórax sem alterações.
 - Alta da urinária gnat.

Ds. Ramonino Rosendo de Oliveira
Cirurgião Geral e Vascular
CRM 2834

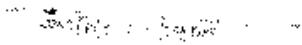
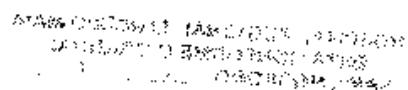
#BMW 28/01/2020 10:05h

Pt^e estoril, vifano de Figueira fach, opunha afundamento de fiscave (D).

TC de faze descoberto dentro da CTEC
com indicação científica.

Apo's dts do NC, transferir aos vid
dos do BMT - 23/03/20 - 32:16 Adriano M

Adriano Chaves





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

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

Mossoró, _____ de _____ de 20_____. _____ Médico que solicita o parecer

Médico que solicita o parecer

PARECER: *Wm. Wayne* -

Paseete de Vizcaya visto por
discípulos, discípulas y amigos
militantes de la cultura vallisoletana

200





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ana Lúcia Rodrigues Maciel Leito: RF: 06

DATA	EVOLUÇÃO
26-01-2020	Paciéte encaminhada da neuro
	clínica, porta flutuante cicatrizada
	deslizante (A "D"). Aguarda transfe-
	rencia p/ tratamento clínico
	co.

PRESCRIÇÃO

[Sobre o ARQUIVO](#)



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PRRE007_R - Evolução do Paciente

LEITO 06

Página 1 de 1

23/01/2020 15:31

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/Leito: 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 / RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTAMOS COPIANDO O ORIGINAL
DATA: 23/01/2020 09:30:00

BS
SAME / ARQUIVO





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Ary Leite Polga da... Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: _____ Enfº: 28 Leito: 06

AO SERVIÇO: lancet

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFERENCIA O ORIGINA
SAMM MOSSORÓ 19/04/2020

BIM

RECUPERAR ARQUIVO

Mossoró, _____ de _____ de 20_____

Médico que solicita o parecer

PARECER:

*Ary Leite Polga da...
Tenho checado todos os
exames e constatei que
o paciente tem a seguinte
evolução: Anamnese: Pediátrica.
Exame: Acúvico: 130 fisiológico.
Orelha: MCV com 10% de
estimulação. Semicircular.
Laringe: Normal. Laringoskopio.
Tonsilas: Fx tonsilas.
Parede: Aparece o ótico normal.
disco: Óptico normal. Glaucoma: não.
míndulo cerebral: normal.
cefalograma: normal.*

26/04/2020

*Dr. Livia Karina Freitas da Silva
Assinante
Data: 20/04/2020*



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****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 BRASILIANA DE JESUS, 349 - BELO HORIZONTE - MOSSORÓ

Fone: 87201863 /

Município: MOSSORÓ

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 Orbitozigomática 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 Orbitozigomática direita.

TC de Coluna Cervical e Lombar sem fratura.

TC de Coluna Torácica com Fratura de T8.

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

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

Profissional Solicitante / Assitente:

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 CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
- Acidente de Trabalho Trajeto

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

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 04/01/2020BIM
SAMM / 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
Ronaldo
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
Mossoró 07/01/2020

BIM
SAME / ARQUIVO

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMICO-INSPECTORI

DATA 31/01/2020
Livia Karina Freitas da Silva
Assinatura

ONTOP

• PDR com lesão no OMBRO (D) + FX.

D. CONTO DE L1, com lesões fundas no
OMBRO, em 00% DE DEFORMAÇÃO

CARTELA - MENTAL COLITE

- SIGILAMENTO AUTOMOTONAL APÓS
ALTA HOSPITALAR

Dr. Benito L. de Paula
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RJ 10210

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CORRIGIDO O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ DT/02/2020

BIN

SAME FAXADO



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Executante: O solicitante ou _____CNES: 2503689
CNES: _____**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **56328 ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL**
 CNS: 700607984135168 Nascimento: 21/08/1972 Sexo: Feminino Prontuário: 0
 Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA Pai: ANTONIO ALMEIDA MACIEL Cor: PARDA
 Endereço: RUA BRASILIANA DE JESUS, 349 - BELO HORIZONTE - MOSSORÓ Fone: 87201863 /
 Município: MOSSORÓ 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 degrau ósseo em região infraorbitária direita, hematoma em região periorbitária direita.

CONDICÕES 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.OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-Z

Profissional Solicitante / Assitente:

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 Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____

Assinatura/Carimbo: _____

 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTA CONFORME O DRRHMS
 DATA: 13/01/2020
 13/01/2020

SANE/ARQUIVO





H.E Cirurgia Geral: (Ato 9:30)

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


Dr. Karimiro Roseiro de Oliveira
Cirurgião Geral e Vascular
CRM 2834

BMF 23/01/2020 10:05h

Pte estorvo, v/furo di froumura facial, opus te
afundamento di ffratura (D).

TC de face demonstrou froumura de C7/C8
com indicacão cirúrgica.

Apos dts do NC, transferiu aos cuidados
do BMF. - 23/01/20 - 12:16


Adriano Chaves
Cirurgião Plástico
CRM 2834

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 04/07/2020
L. Karimiro Roseiro
SAME/ARQUIVO
Nº L. 160.343-0

DATA: 04/07/2020 FAX: 084-3222-2000
CNPJ: 07.336.346/0001-24 FONE: 084-3222-2000
E-mail: karimiro.roseiro@srh.com.br

Assinado digitalmente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 15:48:27



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Suzi Leite Idade: 10 N° Reg. 1000

Serviço: _____ Enfº: 10 Leito: 06

AO SERVIÇO: Tanque

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

Mossoró, de _____ de 20_____

Médico que solicita o parecer

PARECER: *Mme. Augs -*

~~Very Green Cuckoo-shrike~~
~~Agouti (Ameiva) also called~~
Peru: (Cuiaba 13 Nov 1971) Piura
Orinoco, mitima
Indigo Bunting
Lazuli Bunting - coppery green.
Soc. Negra - Fox Face.

*Paseete je vzevlo ruzio kou-
dovateli, jenkolik slouzil
mlevelech celyho Lellwaga*

200720





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ana Lúcia Rodrigues MACIEL Leito: RF: 06

DATA	EVOLUÇÃO
26-01-2000	Paciente encaminhada da neuro
	clínica, volta faltava cirurgia tira
	osbitárica "J". Aguarda transfe-
	rcia p/ tratamento cirúrgi-
	co.

PRESCRIÇÃO

ANSWER





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Avaliceia Rodrigues Muriel Leito:

DATA	EVOLUÇÃO
28.01.2020	Paciente aguarda farmacêutica via SISREG, devido a falta de material de SÍNTSE OSIEA.

PRESCRIÇÃO



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: 21/01/2020 09:07

Início Validade: 21/01/2020 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 Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF.					3X	
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE a - SORO FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 7,94h	2.000	ML	IV	Contínuo	81gota/min	10/12/16/18/20/22/24
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - CEFALOTINA 1G (1FA+10ML ABD) Obs.: fixo	1	FA	IV	12h/12h	10/12/14/16/18/20/22/24	
4 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML Obs.: fixo	50	GTS	VO	6h/6h	10/12/14/16/18/20/22/24	
5 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: diluir em 8 ml abd.	1	AMP	IV	6h/6h	10/12/14/16/18/20/22/24	
6 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N se nausear ou vômito	1	AMP	IV	8h/8h	10/12/14/16/18/20/22/24	
7 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã	1	FR	IV	24h/24h	10/12/14/16/18/20/22/24	
8 - TENOXICAN 40MG - PO Obs.: + 20 ml abd ev	1	FA	IV	12h/12h	10/12/14/16/18/20/22/24	
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
9 - PARECER Obs.: ortopedia - dor em ombro E						
10 - VPM Obs.: pode sentar na poltrona e ir doambulando ao banheiro assistida alta NCR						
11 - CABECEIRA ELEVADA						
12 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						

JARBAS MIGUEL FERNANDES MARIANO
CRO-1093/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMU POSSOBRO 07/01/2020

Jarbás Fernandes Mariano
CRO/RN 1093
07/01/2020

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

27/01/2020 09:28





**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA**

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Ara Guirro Rodrigues Alcântara Leito: _____

DATA	EVOLUÇÃO
25.01.2020	Praticante esteve em consultório particular Nuno Lopes, para avaliação de manutenção de traqueostomia (D), agendado para dia 26/01/2020. Foi muito enunciado.

PRESCRIÇÃO



Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL
FIA: 8-344/2020
Idade: 47 ano(s) 5 mes(es) e 3 dia(s)
Prescrição N°: 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 FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 7,94h	2.000	ML	IV	Continuo	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 - DIPIRONA SODICA 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
Número: 41771-0
CRO/RN: 1093

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
CONFORME O ORIGINAL
CRO/RN 41771-0
DATA: 27/01/2020
LARTE / ARQUIVO

* (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

24/01/2020 15:34



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PRRE007_R - Evolução do Paciente

LEITO 06

Página 1 de 1

23/01/2020 15:31

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/Leito: 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 / RN

HOSPTAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTAMOS COPIANDO O ORIGINAL
DATA: 23/01/2020 09:15:28

B
SAME / ARQUIVO



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 10/11/2020 15:48:27
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011101548274490000060038390>
Número do documento: 2011101548274490000060038390

Num. 62607801 - Pág. 25

Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL
 FIA: 8-344/2020
 Idade: 47 ano(s) 5 mes(es) e 2 dia(s)
 Prescrição N°: 3
 Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA
 Convênio: SUS/G 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 FERREIRA ARRUDA

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 Crâneo sem hemorragia intracraniana, fratura orbitozigomatica D (BMF).
- Cd: alta NCR com orientações / aguarda avaliação da BMF e reavaliação da cirurgia geral/ solicito avaliação da ortopedia

entendido: paciente com queixa de dor em ambas as costas: dor lombar e dor no ombro direito. Rx: Sem alterações. O aguarda alta liberação para consulta. Entendo que é necessário este

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF. ok				3X		Oftalmologia Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Quadri CRM-6139/RN - TEOT 13541

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	<i>J-1/8/65 4:</i>

MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML Obs.: fixo	50	GTS	VO	6h/6h	<i>14-26-04</i>	
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: diluir em 8 ml abd.	1	AMP	IV	6h/6h	<i>14-26-02-10</i>	
5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML S/N se náusea ou vômito	1	AMP	IV	8h/8h	<i>5/1</i>	
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL) Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã	1	FR	IV	24h/24h	<i>NT</i>	
7 - TENOXICAN 40MG - PO Obs.: + 20 ml abd ev	1	FA	IV	12h/12h	<i>14-02-31</i>	

CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
8 - PARECER Obs.: ortopedia - dor em ombro E						
9 - VPM Obs.: pode sentar na poltrona e ir deambulando ao banheiro assistida						
10 - CABECEIRA ELEVADA						
11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais						
12. <i>Permanecer deitado</i>						

*Starlynn Freire dos Santos
CRM-5722/RN / PGE 538*

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS

CRM-5722/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
COPIA DA FOLHA DO ORIGINAL
DATA AUTENTICO: 07/01/2020

BAIRRO / ARQUIVO

Legendas: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

23/01/2020 09:22



Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

FIA: 8-344/2020

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

Prescrição N°: 3

Hospital / Unidade: HRTM - OBS FEMININA

Convênio: SUS/G 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 FERREIRA ARRUDA

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/gárgia. Dor e dormência em ombro E

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NUTRIÇÃO

	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
1 - LIVRE Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF.	OK				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	J= 2= 3= 4=

MEDICAMENTO

	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML Obs.: fixo	50	GTS	VO	6h/6h	1400	08 08
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: diluir em 8 ml abd.	1	AMP	IV	6h/6h	- 10c 6c 0a 0	
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	(06) NT	
7 - TENOXICAN 40MG - PO Obs.: + 20 ml abd ev	1	FA	IV	12h/12h	1400	02Cf

CUIDADOS

	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
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 - Pos ur: ondas abn
abn f.Starlynn Freire dos Santos
CRM-5722/RN
NEUROLOGIA
5722/RN - ROE 838

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS

CRM-5722/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ AUTORIZADO O ORIGINAL
SAMM MARQUETTO 64102103003/01/2020
SAMM / ARQUIVO

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

23/01/2020 09:22



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 dorsalgia.
 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	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 SODIO 0,9% 500 ML SIST. F Tempo: 7,94h	2.000	ML	IV	Contínuo	84gota/min	✓ 3 4
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML Obs.: fixo	50	GTS	VO	6h/6h		✓ 29 04
4 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML Obs.: diluir em 8 ml abd.	1	AMP	IV	6h/6h		✓ 26 02
5 - METOCLOPRAMIADA 5 MG/ML - 2 ML S/N se náusea ou vômito	1	AMP	IV	8h/8h		3/1
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.) Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã	1	FR	IV	24h/24h		✓ 26 02
7 - TENOXICAN 40MG - PO Obs.: + 20 ml abd ev	1	FA	IV	12h/12h		✓ 26 02
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
8 - TRANSFERIR PARA Obs.: enfermaria						
9 - VPM Obs.: pode sentar na poltrona e ir daambulando ao banheiro assentada						
10 - CABECEIRA ELEVADA						
11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS
 CRM-5722/RN
 NEUROLOGIA
 22/01/2020

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS
 CRM-5722/RN
 SFQ, q. ev 8/8h SW ✓
 BIM

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ERTA C. 0403-7630
 SANTOS/SP
 0403-7630
 BIM
 CRÉDITOS/ARQUIVO

NEUROLOGIA
 CRM-5722/RN

Lenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

22/01/2020 10:35



HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PRMV015_R7 - Impressão da Prescrição Médica

%otZÉIC!% <v\$
%otZÉIC!% <v\$
90101056328

Página 1 de

21/01/2020 09:09:30

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/G GRATUITO

Nr. Prontuário: 211649 Peso:
 Data Internação: 21/01/2020 09:07
 Início Validade: 21/01/2020 09:35 até 22/01/2020 09:
 Quarto / Leito: 1 - 10E
 Médico Resp.: 161-RIVUS FERREIRA ARRUDA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

21/01/2020 09:37:06 - Paciente 47anos, 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 orbitozigomatica 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	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 FISIOLOGICO CLOR. DE SODIO 0,9% 500 ML			IV	Continuo	84gota/min	
SIST. F	2.000	ML				500 + 500 + 500 + 500
Tempo: 7,94h						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2 ML	1	AMP	IV	6h/6h	100	100
Obs.: diluir em 8 ml abd.						
4 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML	1	AMP	IV	8h/8h	50S	
S/N se náusea ou vômito						
5 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h	NT	
Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã						
6 - TRAMADOL 50MG/ML - 1ML	2	AMP	IV	8h/8h	11:45	
S/N se dor refratária à dipirona						
Obs.: + 100 ml sf 0,9%						
7 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	12h/12h	10	28
Obs.: + 20 ml abd ev						
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
8 - CABECEIRA ELEVADA						
9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais						
10 - ATENÇÃO					CONTÍNUO	
Obs.: Restrição ao leito em decúbito horizontal. Aguardando colete TLSO.						

RIVUS FERREIRA ARRUDA

CRM-7238/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
 FONTE: CERTIFICADO ORIGINAL
 EAN/EW: 1 548274490000060038390

R. L. ARQUIVO

Legenda: (A) alterado - (S) suspenso - (S/N) se necessário. Item em negrito e sublinhado é de Alto Risco

21/01/2020 09:30





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Ary Leite Polga da... Idade: _____ Nº Reg. _____

Serviço: _____ Enfº: 28 Leito: 06

AO SERVIÇO: lancet

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFERENCIA O ORIGINA
SAMM MOSSORÓ 19/04/2020

BIM

RECUPERAR ARQUIVO

Mossoró, _____ de _____ de 20_____

Médico que solicita o parecer

PARECER:

*Ary Leite Polga da...
Tenho checado todos os
exames e constatei que
o paciente tem a seguinte
evolução: Anamnese: Pediátrica.
Exame: Acúvico: 130 fisiológico.
Orelha: MCV com 10% de
estimulação. Semicircular.
Laringe: Normal. Laringoskopio.
Tonsilas: Fx tonsilas.
Parede: Aparece o ótimo.
disco: Ótimo. Ocular: ótimo.
mucocutânea: ótima. Lelêciano.
Algoritmo:*

*Dr. Livia Karina Freitas da Silva
Assinante
Data: 10/11/2020*



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****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 BRASILIANA DE JESUS, 349 - BELO HORIZONTE - MOSSORÓ

Fone: 87201863 /

Município: MOSSORÓ

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 Orbitozigomática 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 Orbitozigomática direita.

TC de Coluna Cervical e Lombar sem fratura.

TC de Coluna Torácica com Fratura de T8.

Diagnóstico e Procedimento Inicial:

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

Profissional Solicitante / Assitente:

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 CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
- Acidente de Trabalho Trajeto

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

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAMM MOSSORÓ 04/01/2020BIM
SAMM / 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
Ronaldo
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
ANO MOSSORÓ 07/01/2020

BIM
SAME / ARQUIVO

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMICO-INSPECTORI

DATA 31/01/2020
Livia Karina Freitas da Silva
Assinatura

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**Solicitante: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
Executante: O solicitante ou _____CNES: 2503689
CNES: _____**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **56328 ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL**
 CNS: 700607984135168 Nascimento: 21/08/1972 Sexo: Feminino Prontuário: 0
 Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA Pai: ANTONIO ALMEIDA MACIEL Cor: PARDA
 Endereço: RUA BRASILIANA DE JESUS, 349 - BELO HORIZONTE - MOSSORÓ Fone: 87201863 /
 Município: MOSSORÓ 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 degrau ósseo em região infraorbitária direita, hematoma em região periorbitária direita.

CONDICÕES 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.OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-Z

Profissional Solicitante / Assitente:

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 Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____ Nº Autorização da AIH: _____

Documento: () CNS () CPF nº _____

Data da Autorização: _____ / _____ / _____

Assinatura/Carimbo: _____

 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
 ESTA CONFORME O DRAHM
 DATA: 13/01/2020
 13/01/2020

SANE/ARQUIVO

