



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
62607801	10/11/2020 15:48	<a href="#">2764725_CONTESTACAO_Anexo_03</a>	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



## 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
<b>Total</b>			<b>16,25 %</b>	<b>R\$ 2.193,75</b>





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 033.552.874-54 4 - 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 465/2012

5 - Nome completo: Ana Lucia Rodrigues Maciel 6 - Nº do documento: 033.552.874-54 7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua Bom Jesus 9 - Número: 343 10 - Complemento: Casa 11 - Bairro: Belo Horizonte 12 - Cidade: Minas 13 - Estado: MG 14 - CEP: 31600-510 15 - E-mail: [84]99827-0066

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.000,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Se conta para os usos abertos, anexar uma cópia)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 87333 (4)

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a transferir a conta bancária informada, em minha titularidade, e para de imediato, a titularidade do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, o consentimento para a efetuação do crédito, atualização de valor indenatório.

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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.764/74), 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 50 (noventa) dias do pedido.

Salvo o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por qualquer outra forma, e em caso de documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, comunicando, desde já, em meu subscrito, a Unidade de Atendimento Especializado do Seguro DPVAT da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente, de modo a possibilitar a emissão de laudo automático, conforme a legislação da Lei 6.764/74. Declaro que esta autorização não significa prévia e incondicional e futura avaliação médica de ou mediante peritos de ou sobre a avaliação médica, caso disponha de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Viúva) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou comprometido(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou comprometido(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tenha filhos, informar: 30 - Vítima deixou comprometido(a): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha filhos, informar: 33 - Vítima deixou comprometido(a): ☐ Sim ☐ Não 34 - Vítima deixou comprometido(a): ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso de morte, a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas aos beneficiários que eu apresentar e aprovar esta condição, estando eu, ainda, de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a exclusão da indenização e a rescisão do contrato, além da responsabilização criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a cargo): 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a cargo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): 38 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Promotor (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2019



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 autenticação deste documento está condicionada a 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: J2020051033073

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

2.2 Número: 226

2.5 Complemento:

2.7 Bairro: BOA VISTA

2.9 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Logradouro: RUA FRANCISCO SOLOM

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: 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 desorientada 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 feita uma cirurgia para a correção. o veículo não 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





SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA  
BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **1441 /2020**  
Admissão: 21/01/2020 07:24:53

**CIRURGIA GERAL - AMARELO**

Paciente: **56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL** (47 a 5 m)  
Nascimento: 21/08/1972 Natural: MOSSORO, BRASIL Sexo: F Cor: PARDA  
CNS: 700807984135168 CPF: 03155287454 Prof.  
Mãe: IVANILDE RODRIGUES DE CARVALHO ALMEIDA Pai: ANTONIO ALMEIDA MACIEL  
Logradouro: BRASILIANA DE JESUS, 349 CEP: 59604452 Bairro: BELO HORIZONTE Cidade: MOSSORO  
Telefone: 84.87201863 Compt: Empresa:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO  
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO  
\*Empresa:

OBS: vindo aos cuidados do samu

						Classificação: 21/01/2020 07:20:56		PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	PIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - EXAME FÍSICO**

Queixas: paciente vítima de queda queda de moto, refere lombalgia, escoriações de MMS a MMI  
Hora: 7:40

Paciente relata colisão de moto com cachorro há ± 40 min, com perda de consciência no local. Relata dor em coluna e face. Trazida pelo SAMU.

Exame físico: FC: 70 bpm SatO2: 99%.

A: vias aéreas permeáveis; B: MV @, diminuídos em HMT direito, sem RA;

C: pulsos periféricos amplos e simétricos, bem perfundidos; D: ECG = 15;

E: escoriações em mãos, pés e antebraço direito; edema em face direita.

Cd = Solicito TC de coluna toraco lombar + TC de crânio, face e coluna cervical + PARECER do BME + PARECER da Neurocirurgia.

Diagn. Inicial: Politrauma.

**PRESCRIÇÃO:**

VIA HORARIO ASSINT.

07:40 6/1

\*SAÍDA: ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito ( ) Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data: / /20. Hr: :

Médico:

\*Gerado via SX por FRANCISCO DAS CHAGAS DE MEDEIROS. Impresso em 21 de Janeiro de 2020.

Carimbo

(Assinar e

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ CONFORME O ORIGINAL

SAME MOSSORÓ

SAME / ARQUIVO

10/11/2020 15:48:27



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





- Urgia Genl: (Ans 9:30)
- Radiografia de tórax sem alterações.
- Alta da urgia genl.

Dr. Raimundo Kestendo de Oliveira  
Cirurgião Geral e Vascular  
CRM 2834

# BMF 23/01/2020 10:05h

ptz estorel, ufficio di frocure faief, aperta  
afordamento di gificare (D).

TC do feto demonstrou fratura do C7 (C7) com indicação cirúrgica.

Após olt do NC, transferir aos Urais  
dos do BMF. - 23/01/20 - 3216

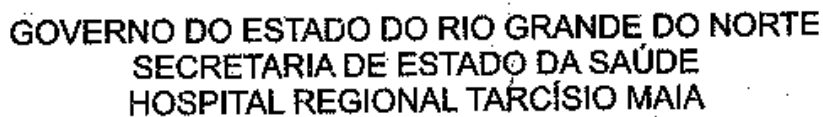
Adriano  
Crisafulli

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO NAIJA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 04/07/2002  
A. Karam T. S. R. P.  
SAME / ARQUIVO

[illegible]

STAG-00000001: 100% 100% 100%  
100% 100% 100% 100%  
100% 100% 100% 100%

$$-2\pi\alpha' \frac{1}{\sqrt{2}} \left( \frac{1}{2} \left( \frac{1}{2} \right)^2 + \frac{1}{2} \left( \frac{1}{2} \right)^2 \right) = -\pi\alpha' \frac{1}{\sqrt{2}}$$

Nome: Amey Pereira Polles Almeida Idade: \_\_\_\_\_ Nº Reg. \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Enfo: 12-8 Leito: 06

AO SERVIÇO: Lucille

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

Mossoró, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

PARECER:

[illegible]



**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 ORTOPEDICA - PARECER

PACIENTE REFERE DOR NO OMBRO DIREITO  
HISTORIA 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  
ESTABELECE O ORIGINAL  
SANTO ALCANTARA 04/01/2020  
BIR  
SAME / ARQUIVO





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Am. Leiti Poliz de Idade: \_\_\_\_\_ Nº Reg. \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Enfo: RD Leito: 06

AO SERVIÇO: Leiti

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

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTA CONTEVE O ORIGINAL  
SABE MOSSORÓ 04/02/2020

Bim  
SABE / ARQUIVO

Mossoró, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Médico que solicita o parecer

PARECER: Primo Leiti

Leiti de Leiti Poliz de

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

RAE @ CMA @ CMA @ CMA @ CMA @

**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 PACIENTE**Nome: **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 - 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 Orbitozigomática direita.

TC de Coluna Cervical e Lombar sem fratura.

TC de Coluna Torácica com Fratura de T8.

Cd: 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.

**Diagnostico e Procedimento Inicial:**

M54.8 OUTRA DORSALGIA\*308040015. TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS

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

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

☐ ) Acidente de Trabalho TrajetoVínculo 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

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAÚDE MOSSORO

SAME / ARQUIVO



Prontuário: 211649




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


**PERMISSÃO**

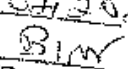
O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL** (Fia: 344/2020), CPF:03155287454.

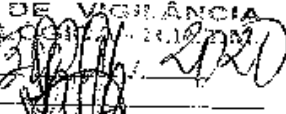
Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 21 de Janeiro de 2020.

  
Paciente ou responsável

**CCIH - HRTM**  
DATA 31/01/2020  
  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
MAE MOSSORÓ 04/01/2020  
  
SAME / ARQUIVO

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



ORTOP

POTR com LAC no ombro (D) + FX.

NO CORPO DE L1, com boa função do

OMERO, em uso de TUBETT

COMPUTA: - MANEJA LOLETE

- SEGUIMENTO AMBULATORIAL APÓS  
ALTA HOSPITALAR

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

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTÁ CONFERIDO O ORIGINAL  
SANE MOSSORO 04/02/2020

SANE / ARQUIVO





**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

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: 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

**Diagnostico 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: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

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

SANE / ARQUIVO



[illegible]

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

# BMF 24/01/2020 10:05h

TC do feto demonstrou fratura da C7 (C7) com indicação cirúrgica.

Após o lto do NC, transferir aos Cuidados do BMF. - 23/05/20 - 2216

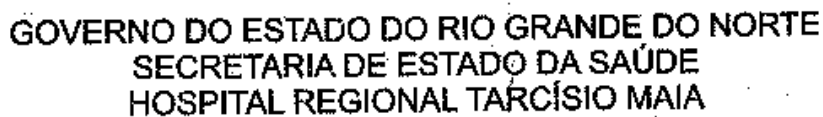
Adriano  
Chiochia

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO NIAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SAME MOSSORO 04/02/2002  
A. Karam T. S. Pereira  
SAME / ARQUIVO

*REVISED*

ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 10-10-2001 BY 60322 UCBAW

$$^{32}\text{P} \xrightarrow{\beta^-} ^{32}\text{S} + e^- + \bar{\nu}_e$$

Nome: Amey Pereira Polles Almeida Idade: \_\_\_\_\_ Nº Reg. \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Enfo: 12-8 Leito: 06

AO SERVIÇO: Luciella

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

Mossoró, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

PARECER:

[illegible]

Patients at home visit for  
diagnosis, treatment & health  
prevention services delivered

2/20/20







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

## EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Amaurício Rodrigues M.riel Leito: \_\_\_\_\_

DATA	EVOLUÇÃO
28.01.2020	Paciente apresenta transição via SISREG, devido a falta de ATENÇÃO DE SISTEMA OSIEA.

## PRESCRIÇÃO

[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: 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

21/01/2020 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	Contínua	64gotas/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 - DIFENIDRAMINA 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						

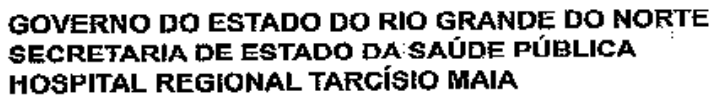
JARBAS MIGUEL FERNANDES MARIANO  
CRO-1093/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
ESTA CONFORME O ORIGINAL  
SANEAMENTO 07/01/2020

SANEAMENTO

Juliana Regal Ferreira Vasquez  
Médica. R771-0  
CRO-RN 1996





**Nome:**

**Leito:**

## PRESCRIÇÃO

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



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  
Médico, 51773-0  
CRO-RN 1093

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA  
CONFORME O ORIGINAL  
24/01/2020 15:34  
BIAU  
BIAU / 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 ORTOPEDICA - PARECER

PACIENTE REFERE DOR NO OMBRO DIREITO  
HISTORIA 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  
ESTABELECE O ORIGINAL  
SANTO ALCANTARA 04/01/2020  
BIR  
SANE / ARQUIVO



Paciente: 58328 - 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 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 no 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 queixa de dor em ombro E, sem  
 perda de peso. Aguardando avaliação da BMF e reavaliação da  
 cirurgia geral/ solicito avaliação da ortopedia e alta

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## NUTRIÇÃO

1 - LIVRE

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

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade  
 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

## MEDICAMENTO

3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML

Obs.: fixo

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários  
 50 QTS VO 6h/6h

4 - DÍPIRONA 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

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

9 - VPM

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

10 - CABECEIRA ELEVADA

11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

12. por 12 horas da  
 BMF.

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS

CRM-5722/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

CARTA DE FÓRMULA ORIGINAL

CAME 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 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 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. *ok*

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

2.000

ML

IV

Contínuo 84gota/min

1 = 2 = 3 = 4 =

## MEDICAMENTO

3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML

Obs.: fixo

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

50

GTS

VO

6h/6h

4 - DIFENHIDRAMINA 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

OG NT

14/01/2020

## CUIDADOS

8 - PARECER

Obs.: ortopedia - dor em ombro E

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

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: m dos m

BMF.

Starlynn Freire dos Santos  
NEURCIRURGIA  
CRM-5722/RN / ROE 838

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS

CRM-5722/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTÁ O ORIGINAL

SAMB MOLUPO 64/02/2020

SAMB / 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.: 181-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.

TC de coluna C7/T1 = 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				3X		
Obs.: Apenas após liberação da CG e BMF.						
SOLUÇÃO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
2 - SOLUÇÃO DE			IV	Contínuo	84gota/min	
a - SORO FISIOLÓGICO CLOR. DE SÓDIO 0,9% 500 ML.	2.000	ML				
SIST. F						
Tempo: 7,94h						
MEDICAMENTO	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
3 - PARACETAMOL 200MG/ML 15ML	50	GTS	VO	6h/6h		
Obs.: fixo						
4 - DIFENIDRAMINA 500MG/ML 2 ML	1	AMP	IV	6h/6h		
Obs.: diluir em 8 ml abd.						
5 - METOCLOPRAMIDA 5 MG/ML - 2 ML	1	AMP	IV	8h/8h		
S/N se náusea ou vômito						
6 - OMEPRAZOL 40 MG (1FA+10ML DIL.)	1	FR	IV	24h/24h		
Obs.: + 10 ml de abd ev pela manhã						
7 - TENOXICAN 40MG - PO	1	FA	IV	12h/12h		
Obs.: + 20 ml abd ev						
CUIDADOS	Quantidade	Und.	Via	Intervalo	Velocidade	Horários
8 - TRANSFERIR PARA						
Obs.: enfermaria						
9 - VPM						
Obs.: pode sentar na poltrona e ir deambulando ao banheiro assessorado						
10 - CABECEIRA ELEVADA						
11 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS						

STARLYNN FREIRE DOS SANTOS

CRM-5722/RN

Sf. 09/01/2020

 HOSPITAL REG TARCISIO MAIA  
 EDICION 04/03/2020  
 SAUDE AGORA

GATC / ARQUIVO



Paciente: 56328 - ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL

FIA: 8-344/2020

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

Prescrição Nº: 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:

Quarto / Leito: 1 - 10E

Médico Resp.: 161-RIVUS FERREIRAARRUDA

## 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 84gotas/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

Obs.: + 100 ml sf 0,9%

2

AMP

IV 8h/8h

7 - TENOXICAN 40MG - PO

Obs.: + 20 ml abd ev

1

FA

IV 12h/12h

## CUIDADOS

Quantidade Und. Via Intervalo Velocidade Horários

8 - CÂBECEIRA ELEVADA

9 - CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

10 - ATENÇÃO

Obs.: Restrição ao leito em decúbito horizontal.

Aguardando colete TLSO.

CONTÍNUA

Assinado eletronicamente por:  
 Livia Karina Freitas da Silva  
 em 10/11/2020 às 15:48:27

RFAH

RIVUS FERREIRAARRUDA

CRM-7238/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

FOTA CONFORME O ORIGINAL

SANEAMENTO 05/16/2020

BIBLIOTECA





**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 PACIENTE**Nome: **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 - 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 Orbitozigomática direita.

TC de Coluna Cervical e Lombar sem fratura.

TC de Coluna Torácica com Fratura de T8.

Cd: 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.

**Diagnostico e Procedimento Inicial:**

M54.8 OUTRA DORSALGIA\*308040015. TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS

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: \_\_\_\_\_

Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Documento: ☐ ) CNS ☐ ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL

SAÚDE MOSSORO

SAME / ARQUIVO





Prontuário: 211649




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


**PERMISSÃO**

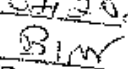
O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **ANA LUCIA RODRIGUES MACIEL** (Fia: 344/2020), CPF:03155287454.

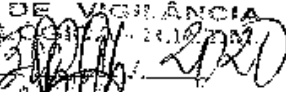
Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 21 de Janeiro de 2020.

  
Paciente ou responsável

**CCIH - HRTM**  
DATA 31/01/2020  
  
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA  
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL  
MAE MOSSORÓ 04/01/2020  
  
SAME / ARQUIVO

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

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: BUCOMAXILO

Laudos: 120 / 2020

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

Assimetria facial com grau 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: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

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

