



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas – Coordenação da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade e TFD
tfd.saude@goias.gov.br – (62) 3201-3841

Formulário 04 CERAC-TFD/GO

Página 1 de 1

Relatório de Alta temporária ou definitiva

DADOS DA UNIDADE EXECUTANTE

Nome da Unidade: Hospital dos Clínicos da UFG	
CNES da Unidade: 2338424	
Município: Goiânia	
Telefone Contato: (62) 2691800	E-mail: ROMULO.ALBERTO@GMAIL.COM

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo: Rafael Reis Azevedo	
CPF: 70007521146	Nº do Prontuário: 10580462
CID-10: R521/G52	Diagnóstico: neuralgia do intermediário + N. temporário

DADOS DO TRATAMENTO REALIZADO

<input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorial	Dias de Tratamento: 7 dias	
<input checked="" type="checkbox"/> Internação	Dia da internação: 10/04/2021	Dia da Alta: 30/05/2021

Tratamento ou Procedimento realizado:

Continuidade do tratamento

<input type="checkbox"/> No Estado de Origem (alta definitiva)	<input checked="" type="checkbox"/> Nesta Unidade (alta temporária)
Data prevista para o retorno: 12/07/2022	

Em caso de continuidade de tratamento nesta unidade:

O paciente está liberado para retornar ao seu Estado de origem até o retorno?

<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---	------------------------------

Em caso negativo, justificar:

—

Em caso positivo, qual o tipo de transporte recomendado?

<input checked="" type="checkbox"/> AÉREO	<input type="checkbox"/> TERRESTRE
---	------------------------------------

Em caso de aéreo, justificar: Tratamento complementar será em outro continente.

Local: Goiânia	Data: 12/04/2022
----------------	------------------

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente:

Rômulo A. S. Marques
Dr. Rômulo A. S. Marques
Neurocirurgia Funcional
Unimed - 064/11122-4
CRM: 11122



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas – Coordenação da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade e TFD
tfd.saude@goias.gov.br – (62) 3201-3841

Formulário 02 CERAC-TFD/GO

Página 2 de 2

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
Nome Completo: <i>Rômulo Alberto Sales Marques</i>		
CPF: <i>706129941-04</i>	CRM: <i>11122</i>	
HISTÓRIA DA DOENÇA		
Resumo: <i>Paciente c/ quadro de dor crônica / neuropática por manipulação do tubo e canal auditivo</i>		
Exame Físico: <i>Palpação do tubo e canal auditivo demonstrando hiperpatia e hiperalgesia</i>		
Exames Complementares (anexar cópia dos laudos mais recentes): <i>RM Crânio demonstrando conflito vascular entre glomofaringo, oído e facial lateralmente. POT Sol Cayle</i>		
Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: <i>Neuralgia nervo timpânico e intermediário</i>	CID-10: <i>R521/G52</i> <i>G44.841 / G44.842</i>	
Especialidade:		
Tratamento Indicado: <i>Redução cirúrgica do Nervo intermediário e timpânico</i>	Código SIGTAP:	
Justificativa das razões que impossibilitam a realização do tratamento no Estado de Goiás: <i>de neurotomia decompressiva por neurotomia do nervo timpânico e decompressão microcirúrgica</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Ausência do Serviço <input type="checkbox"/> Insuficiência de Vaga <input type="checkbox"/> Necessidade de Centro Especializado <input type="checkbox"/> Outros:		
Necessidade de Acompanhante	SIM <input checked="" type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Justificar: <i>Paciente c/ dor excruciantes c/ medicações sedativas e analgésicos retiram a atenção e que lesionam a capacidade de auxílio.</i>		
Tipo de transporte recomendado	Aéreo <input checked="" type="checkbox"/>	Terrestre <input type="checkbox"/>
Justificar: <i>Tratamento em outro país University of Connecticut - EUA</i>		
Local: <i>Goiânia</i>	Data: <i>12/04/22</i>	Local: / /
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante: <i>Dr. Rômulo A. S. Marques</i> Neurologia Funcional Unimed - 064/11122 CRM - 11122		Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: (Igual ao documento oficial)

Atenção: Deve-se preencher todos os campos deste formulário de forma legível. Caso contrário, o mesmo poderá ser devolvido para complementação ou correção das informações solicitadas.