



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal de Goiatuba

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente THIAGO FREITAS NAVES, data nasc.: 09.04.1984, foi atendido nesta Unidade de Saúde no dia 07.08.2005, vítima de acidente de trânsito, aos cuidados do Dr. Claudio Edgar Mariano Silva CRM-GO 11276, sendo constatada fratura de clavícula, recebeu tratamento clínico, comprovado em Prontuário Médico.

Sem mais para o momento, subscrevo-me, continuando à disposição para fazer outros esclarecimentos que se façam necessários.

Goiatuba-GO, 18 de Julho de 2008

Flamínio Margonari Neto
Diretor Clínico

19

MS/DATASUS FMS - HOSPITAL MUNICIPAL DE GOIATUBA

NO. DO RE: 160454 DATA: 07/08/2005 HORA: 15:34
SETOR: 01 - EMERGENCIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: THIAGO FREITAS NAVES DOC: 00000000000
IDADE: 21 ANOS NASC: 09/04/1984 SEXO: MASCULINO
ENDERECO: IGUACU NUMERO: 110
COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO: GOIATUBA UF: GO CEP:
NOME DA MAE: LUCINEI CANDIDO FREITAS
RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL:
LOCAL DE PROCEDENCIA: GOIATUBA

MOTIVO DO ATENDIMENTO: F R A T U R A

CASO POLICIAL..... NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA..... SIM
ACID. TRABALHO..... NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg [] PULSO: [] [] TEMP.: [] []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECO [] ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLINICOS: *Acidente motorístico com
frat. clavícula (E).*

DIAGNOSTICO: *frat. clavícula (E)* CID: S40.0

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

*Uptown Day I.M.
enfermagem em oito - 09031019*

01 814 009/0001-25
FUNDO DE EMERGENCIA DE SAUDE

DATA DA SAIDA: / / DATA PEDIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDA []
[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SE TOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IM [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Claudio Elger Mariano Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 46044278

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

20

1 Nome do Acidentado (a): THIAGO FREITAS NAVES
 Idade: 22.4.84 Naturalidade: GOIATUBA Sexo: Masculino Cor: Branco
 Profissão: Repositor End: 14113
 Bairro: CPNTRO Cidade: GOIATUBA Estado: GO

2 DATA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO: _____

3 AS LESÕES PRODUZIDAS NO (A) PERICIANDO (A) FORAM PROVOCADAS POR AÇÃO DE INSTRUMENTO? Colisão de moto e queda
com fratura clavícula esquerda

4 DIAGNÓSTICO DAS LESÕES PRODUZIDAS PELO ACIDENTE. ESPECIFICAR COM PRECISÃO ANATÔMICA A SUA LOCALIZAÇÃO. fratura de clavícula esquerda, terço médio

5 ESTAS LESÕES RESULTARAM EM SEQUELAS DE CARÁTER PERMANENTE?
Sim. Perda de força de membro superior esquerdo ao
grande e médio cotovelo

6 A INVALIDEZ PERMANENTE PROVOCOU REDUÇÃO DA RESISTÊNCIA DO VIGOR FÍSICO E DIFICULDADE PARA EXERCER TRABALHO LABORATIVO, QUE EXIJA O EMPREGO DO (S) ÓRGÃO(S) LESIONADO (S)?
Dificuldade para exercer funções laborativas

7 CONCLUSÃO:
 AS SEQUELAS ACIMA VERIFICADAS NO PERICIANDO CAUSARÃO INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL OU TOTAL? JUSTIFICAR:
Invalidez permanente
parcial para funções normais

8 LOCALIDADE: GOIATUBA
 NOME DO MÉDICO: Jairo Patrício de Lima
 CRM: 1092
 ENDEREÇO: Rua Tiete 534
 CIDADE: GOIATUBA
 ESTADO: GO
 ASSINATURA: [Assinatura] DATA: 14/10/20

OBS.: PREENCHER EM LETRA DE FORMA OU DATILOGRAFADO.