



Construindo e fortalecendo a cidade

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE CONSULTAS EM ENFERMAGEM HOSPITAL
MUNICIPAL ARSENIA AUGUSTA MAGALHAES
SECRETARIA DE SAUDE DE SANTA QUITERIA - SUS - CE

DATA: 18 / 12 / 2006
NOME DO PACIENTE: Armando Nando da Silva Lopes
NOME DA MÃE: Maria Jose da Silva Lopes
ESTADO CIVIL: Casado SEXO: M DATA DO NASCIMENTO: 08/09/68
NATURALIDADE: Santa Quiteria PROFISSÃO: Trabalador Rural
PSF: Trapiá
ENDEREÇO: Fazenda Pinheiro Novo
QUEIXA PRINCIPAL: A dor no joelho direito há 01 mês e meio
que não melhora com o uso de analgésicos
prescritos pelo médico (U.S.)

PROCEDIMENTO: Exame físico

EXAMES SOLICITADO: RX - joelho
Dr. Fco. Tarcisio L. Bruno
Osteopatia - Traumatologia
CRM 4225

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Raimundo Nonato da Silva Lopes NÚMERO DO SINISTRO: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>18/12/2006</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: _____
NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: <u>Dr. Feresco Cleury C. Bruno CRM 4285-CR</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>Fração no punho do membro + fratura -</u> <u>do 1º metacarpo do 5º dedo do membro + 1º</u> <u>do 2º metacarpo do 2º dedo (polegar)</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>fe Condutor</u>	
EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER: _____	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	<u>Limitado em flexão e extensão do</u>
2º	<u>polígalo</u>
3º	<u>dedo polegar 50% de movimento</u>
4º	<u>dedo 2º</u>
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. Feresco Cleury C. Bruno 8, 5, 8
LOCAL DATA
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Santa Quiteria 8, 5, 8 Raimundo da Silva Lopes
LOCAL DATA ASSINATURA DA VÍTIMA