

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1889
 ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1222174068
 VÁLIDA EM TODAS
 AS TERRAÇAS NACIONAIS

1222174068
 PASSAPORTE PLASTIFICADO

NOME
 MAÇONES SILVA NASCIMENTO

SOC. CONTRAÇÃO/CON. EMISSOR - UF
 6749400045 RJ RJ

CNPJ
 024.428.896-02

DATA NASCIMENTO
 02/01/1962

FLUXO
 JOÃO PEDRO DO
 NASCIMENTO
 MARIA DA GLÓRIA SILVA
 NASCIMENTO

FORMAÇÃO
 024.428.896-02

DATA
 02/01/1962

Nº IDENTIFICADORA
 64530707362

VALIDADE
 02/06/2020

EXPIRAÇÃO
 19/12/2008

DESCRIÇÃO
 Exerce Ativ. remunerada

Maçones Silva Nascimento
 Assinatura do titular

LOCAL
 BARRA VELHA - RJ

DATA EMISSÃO
 22/09/2024

[Assinatura]

37166001506
80065392550

OUTRA - PLASTIFICADO

COMPREV
 COMPREV - COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

09 AGO 2018

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MACONE SILVA NASCIMENTO,

RG nº 674.940.045, data de expedição 1/1, Órgão MT-PE,

CPF nº 054.445.996-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PRATABOLIS</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>COELHOS</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.060-450</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 99613-3975</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 08 de Agosto de 2018

Assinatura do Declarante: Macone Silva Nascimento ✕



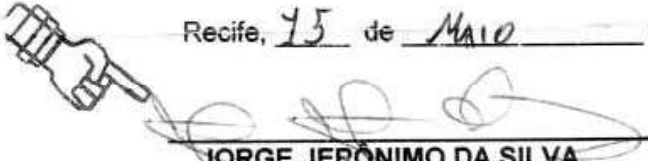
ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA EDUCACIONAL DE OLHO NO FUTURO

CNPJ 10.172.753/0001-38

DECLARAÇÃO

Na qualidade de presidente da **ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA EDUCACIONAL DE OLHO NO FUTURO**, DECLARAMOS que a Sra. Marlene Silva Nascimento, portadora do RG nº 6749400043 MT PE - SSP/PE, inscrita no CPF/MF sob nº 054445994-65, é residente e domiciliada na Rua PRATABOLIS, nº 30, bairro dos Coelhos, município do Recife, Estado de Pernambuco, CEP 50060450, há mais de 07 (UM) anos, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob penas da Lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 15 de MAIO de 2018.


JORGE JERÔNIMO DA SILVA
Presidente
Associação Comunitária Educacional de Olho no Futuro
CNPJ: 10.172.753/0001-38

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Reconheço por Semelhança a firma indicada de
JORGE JERÔNIMO DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 15 de maio de 2018. Em test. da verdade.
NILVAN G. BUONAFINA (Escrivente Autorizado)
Emol.: R\$ 3,99 - FORT.: R\$ 0,80 - Cust. R\$ 4,79
Válido somente com o selo 0079101.N00005201801.01969


Nilvan G. Buonafina
ESCRIVENTE AUTORIZADO



Rua Jornalista Samuel Wainer, nº 01 - Bairro dos Coelhos -
Recife-Pernambuco - CEP 50.060-330
Telefone: (81) 3421-8080 / (81) 8707-0158



Documentos



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MACIONE SILVA NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180419927**

Vítima: **MACIONE SILVA NASCIMENTO**

Data do Acidente: **06/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180419927**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **06/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00003/00004 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13628473





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

* **BOLETIM PARA SIMPLES CONFERÊNCIA** *

Complementa o BO Número: **17E0099003403**

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VÍTIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **6/10/2017** no
 bairro da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE BOA VIAGEM (BAIRRO), 1, AV: ANTONIO FALCÃO - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MACIONE SILVA NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MACIONE SILVA
NASCIMENTO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

NACIONE SILVA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA GLORIA SILVA
NASCIMENTO Pai: **JOÃO** Data de Nascimento: **3/1/1982** Naturalidade: **FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
 67.940.045.MT/PE (RG), 05444599465 (CPF) Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO**
 Profissional: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
 - 36133975

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACIONE SILVA NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MACIONE SILVA NASCIMENTO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Le arti e i: **MOTOCICLETTA**

Complemento / Observação



1cc2

07/08/2018 16:23



INFORMA A VITIMA QUE VINHA GUIANDO SUA MOTOCICLETA, QUANDO UM VEICULO LHE DEU UM TRANCA E O MESMO VEIO A CAIR NO CHÃO, O QUE CAUSOU VARIAS LESSÕES, QUEBRANDO A SUA PERNA DIREITA, CONFORME LAUDO MEDICO. SENDO SOCORRIDO POR POLULARES. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

NACIONE SILVA NASCIMENTO
(VITIMA)

Nacione Silva Nascimento

S.O. registrado por: **POLICARPO DA SILVA COSTA NETO** - Matrícula: **3848523**

Polcarpo da S. E. Neto





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0099002687**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2018** às **13:23**

Complementa o BO Número: **17E0099003403**

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **6/10/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE BOA VIAGEM (BAIRRO), 1, AV: ANTONIO FALCÃO** - Bairro:
BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
MACIONE SILVA NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MACIONE SILVA NASCIMENTO**



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

MACIONE SILVA NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA GLORIA SILVA NASCIMENTO** Pai: **JOÃO** Data de Nascimento: **3/1/1982** Naturalidade: **FLORES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6749400045/MT/PE (RG), 05444599465 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 96133975**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACIONE SILVA NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MACIONE SILVA NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Descrição: **MOTOCICLETA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA GUIANDO SUA MOTOCICLETA, QUANDO UM VEICULO LHE DEU UM TRANCA E O MESMO VEIO A CAIR NO CHÃO, O QUE CAUSOU VARIAS LESSÕES, QUEBRANDO A SUA PERNA DIREITA,

24/09/2018 13



CONFORME LAUDO MEDICO. SENDO SOCORRIDO POR POLULARES. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**MACIONE SILVA NASCIMENTO
(VITIMA)**

Macione Silva Nascimento

B.O. registrado por: **POLICARPO DA SILVA COSTA NETO** - Matrícula: **3848523**

Policarpo da Silva Costa Neto



Macione



24/09/2018 13:18





Nome: **MACIONE SILVA NASCIMENTO**

Dt. Nasc.: 03/01/82 - 35 ano (s)

Mãe:

Enjereção: nº - -

Data/hora: 06/10/2017 - 19:35

Nº registro: 162730

Sexo: Masculino

Fone:

Nº pag.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

06/10/2017 - CLAUDIA CRISTINA VE

SENHA: N231

Classificação de Risco: **URGÊNCIA - AMARELO**

Especialidade: **CLÍNICA MÉDICA**

Encaminhado Para: **CONSULTÓRIO - CLÍNICA MÉDICA**

ANAMNESE

- ACIDENTE DE MOTO

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor - Ferimento

- REFERE DOR NO DIREITO E FERIMENTOS E ESCORIAÇÕES NO PE

EXAME FÍSICO:

PA: 160 x 100 mmHg

HGT: mg/dL Sat O2: %

FC: Bpm

Peso:

Temperatura: °C

Altura:

OBSERVAÇÕES:

Ev8801



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: CLAUDIA CRISTINA VERISSIMO FREITAS DOS S, Data e Hora: 06/10/2017 19:36:51.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3164-4594



Nome:	MACIONE SILVA NASCIMENTO	Nº registro:	162730
Dt. Nasc.:	03/01/82 - 35 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	MARIA DA GLORIA SILVANASCIMENTO	Fone:	81996406607
Endereço:	R. PRATAPOLIS, nº 30, COELHOS, RECIFE - PE	Nº pág.:	1/1
Data/hora:	06/10/2017 - 19:41		

CONSULTA MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRAUMA TNZ DIREITO

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

19:50H - PCTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 40 MINUTOS APRESENTANDO DOR EM TNZ DIREITO + ESCORIAÇÕES EM PERNA DIREITA, NEGA NAUSEAS OU VÔMITOS OU CERVICALGIA OU PERDA DE CONSCIÊNCIA.

21:32H - RX: FRAUTRA DE FIBULA PROXIMAL DIREITA; NAO OBSERVO LESAO DE SINDESMOSE. FIBULA INDOLOR A PALPAÇÃO EM TODA TOPOGRAFIA, JOELHO SEM INSTABILIDADE. CD: ORIENTO RETORNO AO ORTOPEDISTA PARA IMOBILIZAÇÃO DE MID CARGA ZERO CURATIVO

Exame Físico:

EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, HIDRATADO, NORMOCORADO
 AR: MV+ EM AHT, S/RA.
 ACV: RCR EM 2T, BNF'S, S/S.
 ESCORIAÇÕES EM POERNA DIREITA + DOR A DIGITOPRESSÃO DE TNZ DIREITO

Resultados de Exames:

Conduta:

SOL RX

Óbito: Não -

Dr. ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO
 CRM: 22023



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
 Nome do profissional: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO, CRM: 22023, Data e Hora: 06/10/2017 21:35:26.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE
 Contato: (81) 3184-4594



Nome:	MACIONE SILVA NASCIMENTO	Nº registro:	162730
De Nasc:	03/01/82 - 35 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	MARIA DA GLÓRIA SILVANASCIMENTO	Fone:	81996406607
Endereço:	R. PRATAPOLIS, nº 30, COELHOS, RECIFE - PE		
Data/hora:	07/10/2017 - 07:20	Nº pág.:	1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S824 - Fratura do perônio [fibula] Máléolo lateral (S82.6)

FRATURA DE FIBULA ALTA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DURANTE A MADUGADA; DISSE QUE ESTAVA PARADO E A MOTOCICLETA CAIU POR CIMA DELE (TRAUMA DIRETO);

NEGA TCE.

QUEIXANDO-SE DE DOR ALTA EM PERNA DIREITA.

Exame Físico:

ESCORIAÇÕES + SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE EM MALEOLO MEDIAL.

Resultados de Exames:

FRATURA DE FIBULA ALTA.

APARENTEMENTE NÃO HÁ ABERTURA DO ESPAÇO CLARO MEDIAL (SEM LESÃO LIGAMENTAR).

Conduta:

COLOCO TALA DEVIDO FERIMENTOS EM PERNA E TORNOZELO DIREITOS E ORIENTO RETORNAR COM 1 SEMANA PARA POSSIVEL TROCA POR GESSO.

Óbito: Não -

Dr. RENATO OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE LIMA
CRM: 21774



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/09/2001.

Nome do profissional: RENATO OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE LIMA, CRM: 21774, Data e Hora: 07/10/2017 08:08:12.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



Nome:	MACIONE SILVA NASCIMENTO	Nº registro:	162730
Dt. Nasc.:	03/01/82 - 35 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	MARIA DA GLORIA SILVANASCIMENTO	Fone:	81996406507
Endereço:	R. PRATÁPOLIS, nº 30, COELHOS, RECIFE - PE	Nº pag.:	1/1
Data/hora:	07/10/2017 - 07:17		

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
07/10/2017 - ELISANGELA LESSA

SENHA: N024

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE

- ACIDENTE DE MOTO

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- Dor - Ferimento

- REFERE DOR NO DIREITO E FERIMENTOS E ESCORIAÇÕES NO MEMBRO AFETADO POR QUEDA DE MOTO ONTEM

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg Temperatura: °
 HGT: mg/dL Sat O2: % FC: Bpm Peso: Altura:

OBSERVAÇÕES:

Evolução:



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
 Nome do profissional: ELISANGELA LESSA DA SILVA, Data e Hora: 07/10/2017 06:59:23.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
 Contato: (81) 3184-4594





Nome: **MACIONE SILVA NASCIMENTO**
Dt. Nasc.: 03/01/82 - 35 ano (s)
Mãe: MARIA DA GLORIA SILVANASCIMENTO
Endereço: R. PRATÁPOLIS, nº 30, COELHOS. RECIFE - PE
Data/hora: 14/10/2017 - 08:08

Nº registro: **162730**
Sexo: Masculino
Fone: 81996406607
Nº pág.: 1/1

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: N038

14/10/2017 - INGRID MARIA

Classificação de Risco: **NÃO URGENTE - VERDE**
Especialidade: **ORTOPEDIA**
Encaminhado Para: **CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA**

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- ACIDENTE DE TRÂNSITO - ACIDENTE DE MOTO

- Edema:

- VEM PARA REAVALIAÇÃO DE MTD PELO ORTOPEDISTA. MEMBRO LESADO APÓS ACIDENTE DE MOTO HÁ 8 DIAS.
NEGA DOR, PORÉM MEMBRO APRESENTA EDEMA

EXAME FÍSICO:

PA: 140 x 80 mmHg
HGT: mg/dL Sat O2: %
FC: Bpm
Peso:
Temperatura: °
Altura:

OBSERVAÇÕES:

Dr.ª INGRID MARIA COSTA BEZERRA
COREN: 465675



Rua Vale do Itajaí, s/n, Iguara CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594





Hospital do
Tricentenário

Nome: **MACIONE SILVA NASCIMENTO**
Dt. Nasc.: 03/01/82 - 35 ano (s)
Mãe: MARIA DA GLÓRIA SILVANASCIMENTO
Endereço: R. PRATAPOLIS, nº 30, COELHOS, RECIFE - PE
Data/hora: 14/10/2017 - 08:11

Nº registro: **162730**
Sexo: Masculino
Fone: 81996406607
Nº pag.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S829 - Fratura da perna, parte não especificada

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

FRATURA PROXIMAL DA FIBULA DIR. HA 08 DIAS.
EM USO DE TALA DEVIDO A ESCORIAÇÕES NO MID.

Exame Físico:

ESCORIAÇÕES NO MID SEM FLOGOSE

Resultados de Exames:

RX COM FRATURA MANTIDA SEM DESVIO CIRURGICO

Conduta:

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, RETORNO EM 4 SEMANAS

Óbito: Não -



Dr. LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA
CRM: 20583

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO FRANCISCO DE SOUSA SILVA, CRM: 20583, Data e Hora: 14/10/2017 08:17:27.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburu CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



Nome: MACIONE SILVA NASCIMENTO **Nº registro:** 162730
Dt. Nasc.: 03/01/82 - 35 ano(s) **Sexo:** Masculino
Mãe: MARIA DA GLORIA SILVANASCIMENTO **Fone:** 81996406607
Endereço: R PRATÁPOLIS, nº 30, COELHOS, RECIFE - PE **Nº pag.:** 1/1
Data/hora: 11/11/2017 - 08:57

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
11/11/2017 - ANA CAROLINA VIEIRA

SENHA: N060

Classificação de Risco: AZUL
Especialidade: ORTOPEDIA
Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

ANAMNESE ENFERMAGEM

ALERGIA: NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- PACIENTE VEM PARA REAVALIAÇÃO DE MTD COM ORTOPEDISTA. MEMBRO LESADO APÓS ACIDENTE DE MOTO HÁ 36 DIAS. NEGA DOR

EXAME FÍSICO:

PA: 120 x 80 mmHg **Temperatura:** °
 HGT: mg/dl, Sat O2: % **FC:** Bpm **Peso:** **Altura:**

OBSERVAÇÕES:



Dr.ª ANA CAROLINA VIEIRA BRINGEL
COREN : 464246

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
 Nome do profissional: ANA CAROLINA VIEIRA BRINGEL, Data e Hora: 11/11/2017 08:58:41.

Rua Vale do Itajai, s/n, Iburá CEP: 51320-180 - Recife/PE
 Contato: (51) 3184-4594





Nome: **MACIONE SILVA NASCIMENTO**
Dt. Nasc.: 03/01/82 - 35 anos
Mãe: MARIA DA GLORIA SILVANASCIMENTO
Endereço: R PRATÁPOLIS, nº 30, COELHOS, RECIFE - PE
Data/hora: 11/11/2017 - 09:00

Nº registro: **162730**
Sexo: Masculino
Fone: 81996406607
Nº pág.: 1/1

CONSULTA ORTOPÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA ALTA DA FIBULA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE COM FRATURA DE FIBULA PROXIMAL, EM TTO CONSERVADOR
REFERE ESTAR SEM DOR, DEAMBULANDO SEM DIFICULDADE
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Exame Físico:

EDEMA EM TORNOZELO
SEM DOR

Resultados de Exames:

Conduta:

RETIRO GESSO + OHD + FISIOTERAPIA.

Óbito: Não -



Dr. RENATO OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE LIMA
CRM: 21774

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RENATO OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE LIMA, CRM: 21774, Data e Hora: 11/11/2017 09:50:04.

Rua Vale do Itajaí, s/n, Iburu CEP: 51320-180 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4594



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado MACIONE S NASCIMENTO
portador da Carteira Profissional nº _____ Série
_____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do
trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA

Deverá comparecer ao ambulatório de: PÉ EM 30 DIAS.

Recife, 18/12/17

Dr. Cláudio Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25588

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO





ENCAMINHAMENTO

Nome: MACIONE SILVA NASCIMENTO

AMBULATÓRIO

- () Ortopedista
- () Posto de Saúde
- () Reumatologista
- (X) Fisioterapia
- () Outros

Recife, 11/11/2017

Dr. RENATO OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE LIMA
CRM: 21774

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA IBURÁ

Rua Vale do Itajaí, s/n - Lagoa Encantada - Iburá - Recife/PE - CEP: 51.320-180
CNPJ: 10.583.920.0002-14 | Fones (081) 3184-4595 / 3184-4594





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

13/12 *C. Sul *

Paciente admitido no C. Sul, procedente da UPA do Tricente-
Alano, HO. fratura de Tornozelo, evolui em 66 Esté-
rel, Af. queixas até o momento, eliminações
fisiológicas (4), segue ao trauma.

Juliane X. S. Lima
Enfermeira
COREN: 140.589

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

COMPREV
COMPREV IMPL. E CONSULTORIA S/A
09 AGO 2018

Assinatura

Diag. Definitivo:

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

Usuario do Atendimento
JANAINAFL

12/13/2017 8:29:32 AM
2 de 2



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

13/12/2017 08:33



Nome Paciente: MACIONE SILVA NASCIMENTO
Cód. Paciente: 1047949
Data de Nascimento: 03/01/1982
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: FN0014
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 715051



13/12/2017 08:33 - ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA - COREN: 94448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AZUL - NÃO URGENTE

Cor:  AZUL

Queixa Principal: HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 02 MESES COM DOR EM TORNOZELO D. NEGA ALERGIAS.

Observação: GLASGOW: 15

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): -

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 FRM
- RÉGUA DE DOR: 0



Acolhido(a) por: ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA

Data: 13/12/2017 08:33

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 15/01/2019 18:09:55

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011518095515400000039448930>

Número do documento: 19011518095515400000039448930

Num. 40027394 - Pág. 13

NOME: MACIONE SILVA NASCIMENTO
 DATA: 09/12/2017

RECEITUÁRIO

PRODUZIR DR RENATO LIMA
 NO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS;
 QUARTA FEIRA ÀS 8:00H

Dr. Renato Oliveira de Albuquerque Lima
 CRM: 21774

DR. RENATO OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE LIMA
 CRM: 21774

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - UPA BEIRA
 Rua Vale do Itajaí, 501 - Lapa Encimada - Beira - SC - CEP: 89.132-180
 CNPJ: 10.583.920/0002-14 | Fone: (081) 3184-4595 / 3184-4594





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



16-1

NOME MACIANO SILVA		REGISTRO:	IDADE:	ADMISSÃO
MEDICAMENTO	14/12	15/12	17/12	18/12
1. Dieta VO LIVRE				
2. DIPIRONA 01MG - 01 AMP + AD EV 6/6H VO				
3. TRAMAL 100MG, 01AMP + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H				
4. CAPTOPRIL 25MG, 01CP, VO SE PAS > OU IGUAL A 160 E/OU PAD > OU IGUAL A 110 MMHG				
5. CCGG + SSVV				

Dr. Cláudio Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25598

Dr. Cláudio Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25598

Dr. Tullio Porto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24080

Dr. Cláudio Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25598

Dr. Cláudio Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25598

Dr. Cláudio Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25598





SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato



Nº amostra: 77
ID paciente: 1047949
Nome: MACIONE S. NASCIMENTO

Rack: 7
TRAUMA-2

Posição: 9
18/12/2017 12:18:48 WB

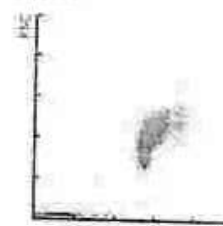
SERIE VERMELHA

RBC	5.62	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	14.8	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	44.0	[%]	34 - 48
MCV	78.3	[fL]	80 - 98
MCH	26.3	[pg]	25 - 32
MCHC	33.6	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	37.9	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	13.4	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]

RBC



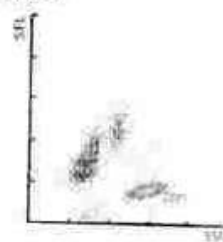
WNR



PLT



WDF



CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	251	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	9.3	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	9.9	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	19.3	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.23	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

WBC	7.61	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.02	[10 ³ /uL]	0.3 [%]
NEUT	4.49	[10 ³ /uL]	59.1 [%]
LYMPH	2.33	[10 ³ /uL]	30.6 [%]
MONO	0.62	[10 ³ /uL]	8.1 [%]
EO	0.13	[10 ³ /uL]	1.7 [%]
BASO	0.04	[10 ³ /uL]	0.5 [%]
			2.0 - 7.0 # 45 - 75%
			1.0 - 4.0 # 20 - 40%
			0.1 - 1.0 # 03 - 10%
			0.0 - 0.7 # 0 - 7%
			0.0 - 0.2 # 0 - 2%

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

[Handwritten signature]



00-19 18/12/2017 12:18 1/1





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE MACIONE SILVA NASCIMENTO	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1047949	7- (CNS) 700408948759443	8- DATA DE NASCIMENTO 03/01/1982
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE MARIA DA GLORIA SILVA NASCIMENTO	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 96406607 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA PRATAPOLIS, N.º 30 - BAIRRO: COELHOS - CIDADE: RECIFE - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RX - FRATURA DE TORNOZELO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX - FRATURA DE MAISOUNNEUVE

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DO PERÔNIO [FIBULA] - S824	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NÍVEL DO TORNOZELO - 0408050322		
26- CLÍNICA CIRURGIA ORTOPÉDICA	27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
29 - CPF ou CNS / 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR) MÉDICO PLANTONISTA - CRM: 12 - CPF: 07025823449	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 13/12/2017	
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	48- CNPJ EMPRESA	40- CNES DA EMPRESA
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41- CBO	
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO-SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44- COD. ORGÃO EMISSOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 13/12/17	
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 15/01/2019 18:09:55

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011518095515400000039448930>

Número do documento: 19011518095515400000039448930

Num. 40027394 - Pág. 17

18.12.2017
13:27
Pag. n. 1

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBU
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

ACL ELITEPRO Rel. 03.01.04 - Instrumentation Laboratory

SAMPLE REPORT

Sample ID 77H-18/12/2017
Patient ID 1047949
Patient Name MACIONE S NASCIMENTO
Birth Date Sex

Department TRAUMA-2
Physician
Entry Date 18.12.2017

Operator notes

Test	Results	Units	Normal Range	Analysis Date-Time
Recombipl-PTex	13.7	s	9.920 - 14.9	18.12.2017 - 13:27
	1.153	INR		
	78.8	%	70.0 - 120	



Note: * = outside normal range

Signature *mbh*



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500

Equipamento: CMD 800I

Paciente: MARCIONE S. NASCIMENTO ID amost: DIU077
Ido paciente: 1047949 Tipo de amostra: Soro
Data nascimento: Cód barra:
Idade: 0 Ano Data da coleta: 18/12/2017
Sexo: Fem Hora da coleta:
Médico: Depart.:
Diagn.: Comentário: TRAU P2 16/1

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
UREIA	30	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.74	mg/dL		0.60 - 1.10
GLICOSE	138	mmol/L		134 - 149
K	3.9	mmol/L		3.6 - 5.5
CL	99	mmol/L		94 - 112

Data/Hora solicitação: 18/12/2017 Data/Hora teste: 18/12/2017

Data/Hora impr.: 18/12/2017 14:59:43

Testador:

Revisor:

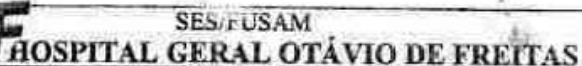
Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra



Handwritten signature

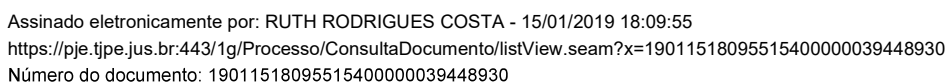




Nº REGISTRO:

[illegible]

003-HGOF





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2- CNES 3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4- CNES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS 426 HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS 426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE 6- Nº DO PRONTUÁRIO 7- (CNS) 8- DATA DE NASCIMENTO
MACIONE SILVA NASCIMENTO 1047949 700408948759443 03/01/1982
9- SEXO 11- NOME DA MÃE DO PACIENTE 12- TELEFONE DE CONTATO
MASCULINO MARIA DA GLORIA SILVA NASCIMENTO 81, 96406607 | Celular: 81,
13- NOME DO RESPONSÁVEL 14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA PRATAPOLIS, N.º 30 - : BAIRRO: COELHOS - CIDADE: RECIFE - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

X- FRATURA DE TORNOZELO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX - FRATURA DE MAISOUNNÉVE

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL 21- CID 10 SECUNDÁRIO 22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DO PERÔNIO [FIBULA] - S824

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
REPARO DE BAINHA TENDINOSA AO NÍVEL DO TORNOZELO - 0408050322

26- CLÍNICA
CIRURGIA ORTOPÉDICA

27- CARACTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

28- CPF DO CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR)
MÉDICO PLANTONISTA - CRM: 12 - CPF: 07025823449

31- DATA DA SOLICITAÇÃO
13/12/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO 36- CNPJ DA SEGURADORA 37- Nº DO BILHETE 38- SÉRIE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39- CNPJ EMPRESA 40- CNAE DA EMPRESA 41- CBGR
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44- COD ORGÃO EMISSOR 45- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR 46- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
47- DATA DA AUTORIZAÇÃO 48- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
13/12/17
Renato C.
Ortopedista
CRM-PE 21



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		Magnum Silva	
CLÍNICA:		ENF.: 86	LEITO: 7
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
		Enf.	
	05/10	Paciente Colúvel: CUS, 3/0, Jure e Pinares Ag. jurídica imml.	
		Handwritten signature PGR comunitário D+EF+SIE, agitada	
	12-12	Comunidade, quantador super dece oral, diuse posate. Ag. cirurgica. Ofuscante 6307	

003-HGOF





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



NOME: Maxilene Silva Nascimento

IDADE: 35a. RG: 674900045 HT PE ESTADO CIVIL: divorciado.

RESPONSÁVEL: Maxilene Silva do Nascimento

ENDEREÇO: Rua Pocruposis, n.º 30 - Bairro I Recife - PE.

PONTO DE REFERÊNCIA: prox. Casa José Mariano

TELEFONE: 9.6638-3065 (Maxilene - irmã)

INFORMES: Paciente proveniente da UPA (bom estado), com
histórico de patologia em tratamento devido a queda de
moto há 02 meses. Paciente diagnosticado com lesão com
necessidade de tratamento cirúrgico.

Quer salientar que, a paciente vive em união estável; reside no
município de Recife/PE. Trabalha informal no setor de construção
civil. Paciente nos encontros de atendimento auxilia próximo;
nos fog. uso de bebida alcoólica e nem cigarro; nega ingestão
de quim. (nos fog. uso de medicamento controlado). Recusa opor
família.

A entrevista foi realizada pela irmã da paciente a Sra. Maxilene
Silva do Nascimento (RG. 7.203.084 SIS/PE).

RUTH RODRIGUES COSTA
7851-CRESS/PE

COMPREV	
COMPRESSÃO	AGÊNCIA SIA
09 AGO 2018	
PROTOCOLO	
AGÊNCIA RECIFE	

RUTH RODRIGUES COSTA
7851-CRESS/PE

Recife, 13/12/2017.
ASSISTENTE SOCIAL/ DATA

043HOF





DATA: 06/08/2018
NOME: MACIONE SILVA NASCIMENTO
MÉDICO SOLICITANTE: SANDRELLI ARAUJO MELO
REQUISIÇÃO: 289078

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO DIREITO

Técnica:
Foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2, algumas delas com técnica de saturação de gordura.

Análise:

Leve tenossinovite do tibial posterior.

Indefinição das fibras do ligamento talofibular anterior, por provável lesão de alto grau prévia.

Sinais de impacto tibiotalar anterior.

Tendões preservados.

Fáscia plantar com espessura e sinal conservados.

Seio do tarso livre.

Ausência de derrame articular significativo.



DR. Carlos Henrique P Olini
CRM-RS 32702

T. Pag:1

DIAGMAX COMPLETA: AGORA TAMBÉM COM EXAMES LABORATORIAS EM TODAS UNIDADES

2127.5500

WWW.DIAGMAX.COM

CONTATO@DIAGMAX.COM



Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 15/01/2019 18:09:55

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011518095532300000039448944>

Número do documento: 19011518095532300000039448944



DIAGMAX
MEDICINA DIAGNÓSTICA

DATA: 06/08/2018
NOME: MACIONE SILVA NASCIMENTO
MÉDICO SOLICITANTE: SANDRELLI ARAUJO MELO
REQUISIÇÃO: 289078

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO DIREITO

Técnica:

Foram realizadas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2, algumas delas com técnica de saturação de gordura.

Análise:

Leve tenossinovite do tibial posterior.

Indefinição das fibras do ligamento talofibular anterior, por provável lesão de alto grau prévia.

Sinais de impacto tibiotalar anterior.

Tendões preservados.

Fáscia plantar com espessura e sinal conservados.

Seio do tarso livre.

Ausência de derrame articular significativo.

DR. Carlos Henrique P. Oliani
CRM-RS 32702

T. Pag:1

DIAGMAX COMPLETA: AGORA TAMBÉM COM EXAMES LABORATORIAS EM TODAS UNIDADES

Derby | Shopping RioMar | Shopping Recife | Shopping Tacaruna

2127.5500

WWW.DIAGMAX.COM

CONTATO@DIAGMAX.COM

