

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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000020846-2

Nr. da Autenticação 7A4F154C709A3D22

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190611792
Nome do(a) Examinado(a): Adelman Joaquim dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Av Simplicio F de Souza, 106 Casa
Centro Nossa Senhora da Gloria SE CEP: 49680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 490145
Data local do acidente: [10/09/2018]
Data local do exame: [13/11/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO CALCÂNEO COM ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA DE TORNOZELO E CALCÂNEO.
Complicações: BLOQUEIO NO TORNOZELO, RETRO E MESO PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS
Data da Alta: 11/09/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++)/4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, EDEMA DE MODERADO VOLUME NO TORNOZELO E PÉ, DOR E BLOQUEIO NO TORNOZELO, RETRO E MESO PÉ, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 15°
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 13:20:39

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE**DATA REVISÃO**

10/09/2018 13:20:39

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE**DATA NASCIMENTO**

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO****APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM TRAMAL + BEXTRA****CLÍNICA ORTHO DAY HOSPITAL**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos Convênio: Particular D. N.: 15/01/1959 Horário: 13:20

Data: 10/09/2018

Recepcionista: MAX

Médico: BCN

MATERIAL / QUANTIDADE

Seringa descart. 10ml _____ und

Ag. descart. 30x 07 _____ und

Seringa descart. 5 ml _____ und

Outro ⇨ _____

Algodão _____ bola(s)

Povidine Tópico _____ ml

Curativo _____ und.

MEDICAMENTO / QUANTIDADE

Bextra _____

Adrenalina (1mg) _____ amp

Água Bidestilada _____ amp

Bicarbonato Sódio _____ amp

Depomedrol _____ amp

Dexametasona _____ amp

Diprospon _____ amp

Dipirona _____ amp

Outro ⇨ _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Taxa de Procedimento _____

Tramal _____

Movatec (15 mg) _____ amp

Profenid _____ amp

Xilocaína 1% s/v(20ml) _____ amp

Xilocaína 2% s/v(20ml) _____ amp

Xilocaína spray _____ ml

Soro Fisiológico _____ ml _____ und

102.365.918/0001-607
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. General Prádo Rademaker, nº 230
Bairro São José - CEP 49.000-200
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 13:19:28

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

10/09/2018 13:19:28

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIALRua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

Idade: 15/01/1959

Convênio: Particular

Data: 10/09/2018 13:18 140942

SOLICITAÇÃO DE RAIOS X

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

- RX TORNOZELO D 2P
- RX PE D 2P

Promessa para: 14-09-2018

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)

Atendente: MAX

Obs: Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

Idade: 15/01/1959

Convênio: Particular

Data: 10/09/2018 13:18 140942

SOLICITAÇÃO DE RAIOS X

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

- RX TORNOZELO D 2P
- RX PE D 2P

102.365.918/0001-607
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº 230
Bairro São José - CEP 49.015-230
Aracaju - SE

RECEITA**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 14:19:35

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

3/3

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:01:54

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelman Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**Via Oral****Profenid Entérico**

1 caixa(s)

Tomar 01 cp até 2x/dia(12/12hs) se dor aguda ou persistente.

Via Oral**Lisador gts**

1 frasco(s)

Tomar até 40 gts até de 6/6hs se dor aguda ou persistente.

Elevar o pé engessado em almofada sempre que possível.
Revisão com 30 dias para trocar o gesso e fazer Rx de controle.
Não pisar com o membro afetado(usar 01 par de muletas).

Tel 999798824

02.368.918/0001-607
Ortho Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. Gonçalo Prado Rolim, nº 230
Bairro São José - CEP 415-230
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 14:22:15

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

3/3

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:09:37

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Símplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins de direito, que Adelvan Joaquim dos Santos, foi atendido em caráter de urgência, na data de hoje e necessita de repouso e afastar-se do trabalho por mais 15(quinze) dias, para tratamento médico, a partir de hoje.

CID10:S92.0+S93.2



25/09/2018 13:04:27

Braulio Costa Neto

1/1

ESPECIALIDADE

DATA REVISÃO

22/10/2018 13:04:35

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO

PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959

Masculino

NATURALIDADE

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

ALTURA

PERÍMETRO CEFÁLICO

CONTEÚDO IMPRESSO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito, que Adelvan Joaquim dos Santos,foi atendido em caráter de urgencia,na data de hoje e necessita de repouso e afastar-se do trabalho por mais 15(quinze) dias,para tratamento médico,a partir de hoje.

CID10:S92.0+S93.2

Centro Litografico e Servizi Grafici EDD
Via Cavour 100 - 00187 Roma - Tel. 06/4781211

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 14:09:40

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:09:40

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO****ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins de direito, que Adelvan Joaquim dos Santos, foi atendido em caráter de urgência, na data de hoje e necessita de repouso e afastar-se do trabalho por mais 15(quinze) dias, para tratamento médico, a partir de hoje.

CID10:S92.0+S93.2

10-3739-28/0001-1
Ordem de Serviço e Serviços Ltda Lda
Av. General João Roberto, nº 230
Bairro - São João - CEP 41.000-000
Belo Horizonte - MG

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 14:15:37

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:15:46

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelman Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**IMOBILIZAÇÃO GESSADA - BOTA
CLÍNICA ORTHO DAY HOSPITAL**

Nome: Adelman Joaquim dos Santos Convênio: Particular D. N.: 15/01/1959 Horário: 14:15

Data: 01/10/2018

Recepcionista: TATIANA

Local: MID

Médico: BCN

MATERIAL / QUANTIDADE

Atadura Gessada nº ____ und ____

Atadura Gessada nº ____ und ____

Malha Tubular nº ____ cm

Atadura Ortopédica (algodão ortopedico) nº ____ und ____

Salto Ortopédico ____ und ____

Outro ⇨ _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Taxa de Gesso: _____



LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 13:42:29

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

4/4

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

01/10/2018 13:43:49

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Símplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 01/10/2018 13:41 140942**SOLICITAÇÃO DE RAIOS X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

- RX. CALCÂNEO D - 2P

Promessa para: 05/10/2018

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)

Atendente: MD

Obs: Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, nº. 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 01/10/2018 13:41 140942**SOLICITAÇÃO DE RAIOS X**

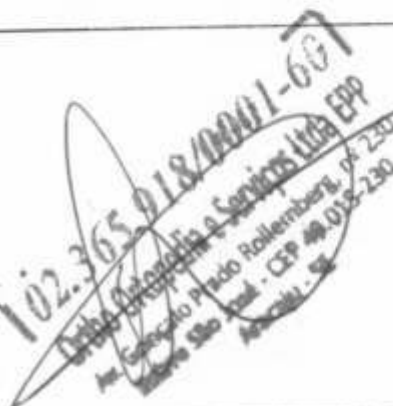
Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

- RX. CALCÂNEO D - 2P

Promessa para: 05/10/2018

(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)



PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 14:12:00

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:12:00

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO**

-

-

-

CONTEÚDO IMPRESSO

Imobilização Gessada: Bota Gessada (3.07.12.02-5)

Para Membro Inferior Direito

Diagnostico/Justificativa:Fratura do calcaneo

CID.10:S92.0

02.365.018/0001-607
Clínica Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. Gonçalo Prado Rolimbergue, nº 230
Bairro São José - CEP 49.015-230
Aracaju - SE

PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 13:37:26

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

3/3

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

01/10/2018 13:48:18

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959 Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Símplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO**

-

-

-

CONTEÚDO IMPRESSO

Solicito:

Rx.Calcaneo D 2p

Diagnóstico/Relatório: Paciente com artralgia aguda e fratura do calcaneo.

CID 10: M25.5+S92.0



RECEITA**DATA INCLUSÃO**

01/10/2018 14:02:03

REVISÃO

3/3

DATA REVISÃO

01/10/2018 14:10:07

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

ESPECIALIDADE

-

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**Via Oral****Profenid Entérico**

1 caixa(s)

Tomar 01 cp até 2xdia(12/12hs) se dor aguda ou persistente.

Via Oral**Lisador gts**

1 frasco(s)

Tomar até 40 gts até de 6/6hs se dor aguda ou persistente.

Elevar o pé engessado em almofada sempre que possível.

Revisão com 21 dias para trocar o gesso e fazer Rx de controle.

Não pisar com o membro afetado(usar 01 par de muletas).

Tel 999798824

02.365.918/0001-607
Cardinal Ortopedia e Serviços Ltda EPP
Av. General Prado, Itambé, nº 230
Bairro São José, CEP 49.018-230
Aracaju - SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

06/10/2018 09:04:35

USUÁRIO

Laudos

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

Cardiologia

DATA REVISÃO

06/10/2018 09:04:37

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1421

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE

-

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

Idade: 15/01/1959

Convênio: Particular

Médico: Dr. Bráulio Costa Neto

Data: 01/10/2018

LAUDO RADIOLÓGICO**CALCÂNEO D:**

Fratura impactada calcanear.

Osteofitose plantar calcanear.

102.365.918/0001-601
Cartão Corporativo e Serviços Ltda EPP
Av. Getúlio Vargas, 100 - Centro
Bairro São José - CEP 48.015-230
Aracaju - SE


Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/10/2018 13:04:52

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

-

DATA REVISÃO

22/10/2018 13:04:58

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NOME DA MÃE

-

NATURALIDADE

-

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO

-

ALTURA

-

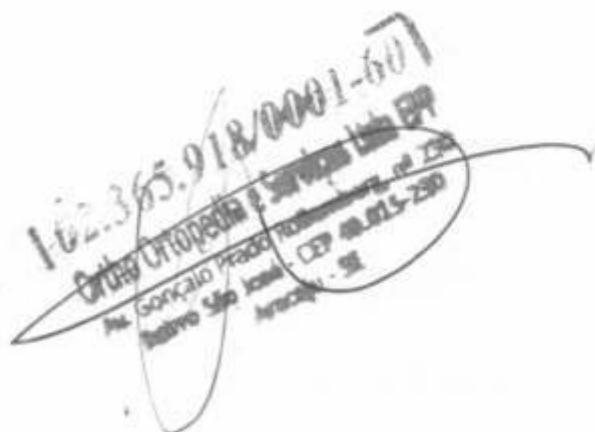
PERÍMETRO CEFÁLICO

-

CONTEÚDO IMPRESSO**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins de direito, que Adelvan Joaquim dos Santos, foi atendido em caráter de urgência, na data de hoje e necessita de repouso e afastar-se do trabalho por mais 15(quinze) dias, para tratamento médico, a partir de hoje.

CID10:S92.0+S93.2



RECEITA**DATA INCLUSÃO**

22/10/2018 13:03:50

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE**DATA REVISÃO**

22/10/2018 13:03:50

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

NOME DA MÃE**DATA NASCIMENTO SEXO**

15/01/1959

Masculino

NATURALIDADE**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO****Uso Externo****Acheflan Spray**

1 tubo(s)

Aplicar 3xdia, 21 dias.

Não pisar por 21 dias e iniciar carga(pisar) a partir de 21 dias de maneira gradativa.

Manter 01 par de muleta por 21 dias e apenas 01 muleta a partir do 22º dia.

Revisão se necessário.

Tel 999798824

02.365.918/0001-607
Ortografia e Serviços Ltda EPP
R. Gonçalo Prado Rolimberg, nº 130
Bairro São João - CEP 49.015-230
Aracaju - SE