



GOVERNO
DO ESTADO
Mato Grosso do Sul

GOVERNO PRESENTE

A SAÚDE
PERTO DE VOCE



DADOS DO PACIENTE

Unidade: Hospital da Vida de Dourados
Nome: CICERO DA CONCEICAO SANTANA
Dr. (a): ATENDIMENTO PLANTAO
Exame: ANTE-BRAÇO AP
Data do exame: 01/10/2021
Técnico: SERVICIO DE IMAGEM -

Prontuário: 513763
Solicitação: 000000000039214
Data Nasc.: 01/04/1971
Data do laudo: 03/10/2021 09:05:20

LAUDO

RAIO X DE ANTEBRAÇO DIREITO

Fratura na diáfise distal do rádio e processo estilóide da ulna, com desalinhamento ósseo.

Dra. Camila Lomonaco de Souza de Bacco CRM 37269-RS



CLÍNICA SANTA MARIA LTDA

ULTRA-RAD - UNIDADE DE IMAGENOLOGIA

- Ultra-sonografia geral
- Dopplerfluxometria colorido
- Punção e Biopsia dirigida

- Densitometria Óssea
- Mamografia de alta resolução
- Radiologia geral

Dados do Paciente

Paciente.....: CICERO DA CONCEICAO SANTANA	Ocorrência: 108248
Data de Nascimento...: 01/04/1971	Sexo: Masculino
Idade.....: 51 anos e 8 meses	Data: 29/11/2022
Convênio.....: AMORSAUDE	R.G.: 580514-SSP MS
Solicitado por.....: DRA.THASSIA TASSI	Prontuário: 86441

LAUDO DE RAIOS-X PUNHO DIREITO - AP/PERFIL

Partes moles sem alterações.

Osteopenia difusa.

Controle de fratura radio distal com osteossíntese com placa e parafusos.

Articulação radiocarpica com interlinhas esclerosada e estreitada.


Dr(a). MAURICIO ANTONIO KAMIYA
CRM-MS: 4657 RQE: 2655



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL



SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

DATA:

HORÁRIO:

***IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE**

UNIDADE:

MUNICÍPIO:

TELEFONE E FAX:

SERVIDOR DA SMS:

***IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME:

ENDEREÇO:

DATA NASC.:

IDADE:

SEXO:

CPF:

TELEFONE: 067 996508869

NOME DA MÃE:

0679 9882.9034

PRONTUÁRIO:

CARTÃO SUS: 702404515341020

TIPO DE CONSULTA: () PRIMEIRA VEZ () RETORNO

*** CID e CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

M19

***JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

QUEIXA/H.D/EX. FÍSICO/EX. LABORATORIAL/OUTROS EXAMES:

Doente com sequelas de fratura distal do rádio recuado
há 14 meses. Opereu tornozelo e teve recidiva rádio/carpiã
Necessita avaliação e conduta

CARATER DA SOLICITAÇÃO

(x) ELETIVO () URGENTE

***MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

Em serviço de mãe (a família emprega)

***PROFISSIONAL SOLICITANTE**

NOME:

AZAMBRUNO, AURORA

Conselho de Classe:

592

Dr. Azambruno, Aurora
Ortopedia e Traumatologia
CRM/MS 572

DATA:

HORÁRIO:

ASSINATURA E CARIMBO

***AGENDAMENTO**

UNIDADE:

MUNICÍPIO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

DATA DE ATENDIMENTO:

HORÁRIO:

PROFISSIONAL EXECUTANTE:

FONE:

MOTIVO DA RECUSA DE AGENDAMENTO

- PREENCHIMENTO DEVERÁ SER REALIZADO DE FORMA LEGÍVEL (PREFERÊNCIA LETRA DE FORMA).
- TODOS OS CAMPOS COM ASTERISCO (*) DEVERÃO SER PREENCHIDOS ANTES DO ENVIO DO FAX.
- PREENCHER O Nº DO PRONTUÁRIO SOMENTE EM CASO DE RETORNO

CARIMBO E ASSINATURA MÉDICO REGULADOR

Receituário Médico

Cicco do Corcêco

Do Cir. mão

Analises e estudos e
atua radiologica ®

M19


DR VICTOR VIANA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-MS 11659

13112122