

Data: 02/07/2015

PACIENTE: Luzia Maciel de Pontes Alencar
MÉDICO: Dr. Ricardo Ducci

RAIOS X - TÓRAX - PA E P:

Partes moles sem alterações.
Artrose dorsal.
Cúpulas e seios costofrênicos íntegros.
Pleura, hilos e trama vascular pulmonar normais.
Pulmões hiperinsuflados.
Área cardíaca dentro dos limites da normalidade.
Aorta Ateromatosa.

Vander Caetano Vieira
Médico Radiologista
CRM/MS - 3434

RD



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Prontuário: _____ ESF 32 IZIDRO PEDROSO

Nome: Leuzia Marcel De Pontes

Endereço: _____

Paciente 60 anos idade com
artrose generalizada, de maluma
com sequelas, deformidade
mão, com muita dor
na articularação em todo
corpo com tratamento
não melhor.

Dr. Luis Lissabel Perez
Médico - R.M.S. 5000300
C.R.S. 050005184078931

 DATA: 16/1/18

ASSINATURA DO MÉDICO

(Carimbo contendo nome completo e registro no CRM)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Hilda Berço Duarte, 785 - Centro - Cep 79806-020

Fone (67) 3410-5500

WWW.DOURADOS.MS.GOV.BR

Rua Coronel Ponciano, 1700

Pq. Jequitibás - Cep 79804-220



DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO

NÚCLEO DE DOURADOS/MS

PACIENTE: LUZIA MACIEL DE PONTES ALENCAR - CPF: 421.684.221-68

RESOLUÇÃO Nº 1931/2009 DO CFM DE 17/09/2009 PUBLICADA NO DOU DE 24/09/2009, SEÇÃO I P.90:

Capítulo III - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL: É vedado ao médico: Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos. Capítulo X - DOCUMENTOS MÉDICOS: É vedado ao médico: Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DE INFORMAÇÕES CONSTANTES EM PRONTUÁRIO MÉDICO

O(a) paciente supra identificado(a), ou seu representante legal, Sr(a).
_____, grau de parentesco _____

A U T O R I Z A este Hospital a prestar todas as informações requisitadas pela DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO neste documento, ou entregar cópias de todos os relatórios, documentos, exames, procedimentos, cirurgias etc., constantes do seu prontuário médico/hospitalar, se requisitadas pela Instituição Defensória, para fins de instrução processual e exercício de direito, com fulcro na permissão exarada no artigo 5º da Resolução 1.605/2000 do Conselho Federal de Medicina.

Dourados, MS, ____/____/____ - Assinatura: _____

QUESITOS MÉDICOS - BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS

1) A (o) paciente é pessoa portadora de alguma doença ou afecção?

☒ SIM ☐ NÃO

Em caso positivo, cite-a com o respectivo CID10.

Síndrome de Furell de corpo CID10: G56
Doença crônica intrínseca CID10: R52.1

2) Trata-se de doença degenerativa? De doença inerente a seu grupo etário?

☐ SIM ☒ NÃO

3) A doença ou afecção em questão decorre de acidente de qualquer natureza (Art. 71, § 2º do Decreto nº 3.048/1999)?

☐ SIM ☒ NÃO

4) A (o) paciente apresenta alguma limitação para realizar esforço físico (deambular, carregar peso, realizar trabalhos braçais etc.) ou realizar atividades intelectuais (ministrar aulas, tomar decisões gerenciais, realizar trabalhos burocráticos etc.)?

☒ SIM ☐ NÃO



DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO

NÚCLEO DE DOURADOS/MS

Em caso positivo, qual o grau de limitação?

Limitação parcial por lesão do nervo de alto grau

- 5) A(O) cidadã(o) tem discernimento para praticar atos da vida civil? Tem condições de gerir seus próprios bens sem auxílio de terceiro?

(☒) SIM (☐) NÃO

- 6) Se NÃO para o quesito anterior, quais cuidados médicos ambulatoriais, enfermagem ou auxílio de terceiros em razão de sua enfermidade são necessários para sua sobrevivência com dignidade?

- 7) A doença ou afecção em questão decorre do exercício de seu trabalho habitual?

(☐) SIM (☒) NÃO

- 8) A doença ou afecção foi produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar à atividade laborativa da(o) cidadã(o)?

(☒) SIM (☐) NÃO

- 9) A doença ou afecção foi adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho da(o) cidadã(o) é realizado e com ele se relacione diretamente?

(☐) SIM (☒) NÃO

- 10) A doença ou afecção impossibilita a(o) cidadã(o) realizar as atividades comuns à sua profissão ou suas atividades habituais?

(☒) SIM (☐) NÃO

- 11) A impossibilidade da questão anterior decorre da progressão ou agravamento da doença, moléstia ou lesão ao realizar as atividades comuns à sua profissão ou suas atividades habituais?

(☒) SIM (☐) NÃO

Há necessidade de um cuidador? (☐) SIM (☒) NÃO

- 12) No caso de mais de uma doença ou afecção, é possível determinar qual delas gera incapacidade para realizar as atividades comuns à sua profissão ou suas atividades habituais?



DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO
NÚCLEO DE DOURADOS/MS

☐ SIM ☒ NÃO

Em caso positivo, qual gera a incapacidade?

- 13) Em caso de incapacidade temporária, qual o prazo estimado para reavaliar a capacidade laborativa? É possível estimar aproximadamente a data em que a capacidade será cessada?
☐ SIM ☒ NÃO

Se sim, qual é a estimativa para reavaliação da capacidade laborativa (em meses)?

- 14) Considerando a ocorrência de incapacidade absoluta ou para realizar as atividades comuns à sua profissão ou suas atividades habituais, analise as classificações seguintes considerando a descrição da incapacidade na tabela seguinte, e ASSINALE nos itens A) e B) a incapacidade verificada na sua avaliação:

A) A incapacidade é **TOTAL** ☒ ou **PARCIAL** ☐?

INCAPACIDADE TOTAL	INCAPACIDADE PARCIAL
Incapacidade para <u>toda e qualquer</u> atividade laboral que lhe garanta subsistência.	<u>Incapacidade</u> , ao menos, <u>para atividade habitual</u> .

B) A incapacidade é **DEFINITIVA** ☒ ou **TEMPORÁRIA** ☐?

INCAPACIDADE DEFINITIVA	INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
<u>Sem prognóstico de recuperação ou reabilitação</u> para o exercício de outra atividade que lhe garanta subsistência.	<u>Com prognóstico</u> de recuperação ou reabilitação.

- 15) Caso classifique como **TEMPORÁRIA**, esta incapacidade será por tempo superior a 2 (dois) anos? ☐ SIM ☐ NÃO
- 16) É possível fixar uma provável data para o início desta incapacidade? ☐ SIM ☒ NÃO
Se SIM, qual é a data provável do início?

(local) Dourados, (data) 27/10/2011 Médico subscritor e CRM:

Carlos Eduardo Cui Sarzi
Médico
CRM/MS 9029



AMORSAÚDE

Atendimento Médico e Odontológico Rápido

Nome: Luzia Maciel De Pontes Alencar

LAUDO MEDICO:

DECLARO PARA FINS, QUE A PACIENTE SUPRACITADA É PORTADORA DE OSTEOARTITE EROSIVA, SINDROME DO TUNEL DO CARPO E DOR CRONICA INTRATAVEL. (CID10: M15.4; G56; R52.1) AO EXAME APRESENTA ARTROSE DE MAOS, PUNHOS E PES COM ALTERACOES OSSEAS E DEFORMIDADES CRONICAS. EM MAOS TEM PARESTESIA E DOR COM TINNEL E PHALEN POSITIVO BILATERAL, ESCALA DE LANNS 15. FRAQUEZA NAS MAOS E MIALGIA EM PES. PRESCREVO GABAPENTINA, DEXAMETASONA, CICLOBENZAPRINA, ANALGESICOS E OPIOIDES. NO MOMENTO ALUDE INCAPACIDADE LABORAL POR TEMPO INDETERMINADO, POR APRESENTAR DOENÇA CRONICA DEGENERATIVA COM DEFORMIDADES E NEUROPATIA, SUGIRO O AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS. ESTOU A DISPOSICAO PARA ESCLARECIMENTOS.

DR. CARLOS EDUARDO GIL SARZI
CRM 9029 – MS
23/09/2021

Carlos Eduardo Gil Sarzi
Médico
CRM/MS 9029

Endereço: Av. Marcelino Pires 4285- Jardim Caramuru, Dourados – MS
Telefone: (67) 3021-4600