

# SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO-ASSISTENTE – SIMA

Prezado(a) Dr(a)

Solicitamos sua colaboração para nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico pericial. O fornecimento destas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para auxiliar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do requerente interessado ou seu responsável legal. Fundamentação Legal: Lei nº 8.213, de 1991 e RPS regulamentado pelo Decreto nº 3.048, de 1999; Lei nº 7.713, de 1988; Lei nº 9.250, de 1995; Lei nº 8.742, de 1993 regulamentada pelo Decreto nº 6.214, de 2007; Lei nº 11.907, de 2009; Lei nº 3.268, de 1957; Decreto nº 44.045, de 1958 e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.658, de 2002, 1.851, de 2008 e 1.931, de 2009.

Nome Requerente:

Maria Nelly dos Santos Góis

Informações Médicas (Se necessário, use também o verso):

Data do primeiro atendimento: <u>14/03/2018</u>	Data da última consulta: <u>03/03/2021</u>
Data(s) de internação (ões) (se houver): <u>14/08/2018</u> <u>XX</u> <u>XX</u>	Data(s) de cirurgia(s) (se houver): <u>VI</u> <u>XX</u> <u>XX</u>

Diagnóstico(s) com CID

- TENSÃO postural crônica em Ombros (Bilateral)
- TENSÃO postural crônica em PUNTO (E)
- Sequela do Síndrome do Túnel de Carpo (E) (D)

Evolução da doença:

- Crônica e degenerativa

Complicações (se houver):

- Dor lombar em Ombros + punhos
- + parastisia em Mão(s)

Exames complementares realizados:

ultra som + eletromiografia

Plano terapêutico ou propedêutico:

Medicamentos + fisioterapia

Período de afastamento:

- tempo indeterminado
- No momento refere-se os efeitos mínimos

Outras considerações:

Nome: Thiago Pedroso

CRM/UF:

Douros, 03/03/2021

Local / Data:

Dr. Irapuan Gustavo B. de A. Pedroso  
CRM 4241/MS  
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura e carimbo:

# SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO-ASSISTENTE – SIMA

Prezado(a) Dr(a)

Solicitamos sua colaboração para nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico pericial. O fornecimento destas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para auxiliar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do requerente interessado ou seu responsável legal. Fundamentação Legal: Lei nº 8.213, de 1991 e RPS regulamentado pelo Decreto nº 3.048, de 1999; Lei nº 7.713, de 1988; Lei nº 9.250, de 1995; Lei nº 8.742, de 1993 regulamentada pelo Decreto nº 6.214, de 2007; Lei nº 11.907, de 2009; Lei nº 3.268, de 1957; Decreto nº 44.045, de 1958 e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.658, de 2002, 1.851, de 2008 e 1.931, de 2009.

Nome Requerente:

*maria milza dos s. costa*

Informações Médicas (Se necessário, use também o verso):

Data do primeiro atendimento: <u>25/11/2019</u>	Data da última consulta: <u>10/10/2021</u>
Data(s) de internação (ões) (se houver): <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	Data(s) de cirurgia(s) (se houver): <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <i>(3 consultas)</i>

Diagnóstico(s) com CID

*fibromialgia*

Evolução da doença:

*Início com <sup>pele</sup> poliartralgia, sono não reparador há 04 anos.*

*não encontro alterações laboratoriais*  
*Testes: 14/11/2018: adicionalmente*

Complicações (se houver):

  

Exames complementares realizados:

*exame clínico*

*Laboratoriais: como sorologias hepática e TSH normais*

Plano terapêutico ou propedêutico:

Trigalavir 75ug/m  
Cicloleptazida 50mg/ noite  
atividade física aeróbica.

Período de afastamento:

no momento, nfe polialgic importante;  
foi recomendado tratamento anteriormente proposto.

Outras considerações:

Nome:

10/03/2023

Dra. Mariana Picoli Machado  
Médica Pneumatoalergologista  
CRM 7093/MS

CRM/UF:

Local / Data:

Assinatura e carimbo: