



Câmara de Vereadores de Pindamonhangaba

Estado de São Paulo

REQUERIMENTO

Ementa: Ao Executivo Municipal, com cópia ao Departamento Competente, solicitando informações sobre os procedimentos adotados para o paciente Jeferson da Silva Gomes, cartão do SUS nº 898002952841391, prontuário nº425215.

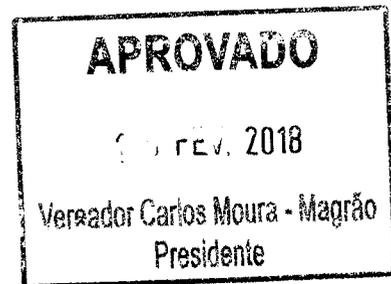
REQUERIMENTO Nº 235/2018

Autor: RENATO NOGUEIRA GUIMARÃES

Ementa: AO EXECUTIVO MUNICIPAL, COM CÓPIA AO DEPARTAMENTO COMPETENTE, SOLICITANDO INFORMAÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA PARA O PACIENTE JEFERSON DA SILVA GOMES, CARTÃO DO SUS Nº 89800295841391 PRONTUÁRIO Nº 425215.

PROTOCOLO GERAL Nº 319/2018

Data: 15/02/2018 - Horário: 11:14



Senhor Presidente:

Considerando que recebemos a informação que o paciente aguarda a cirurgia do ombro e cotovelo.

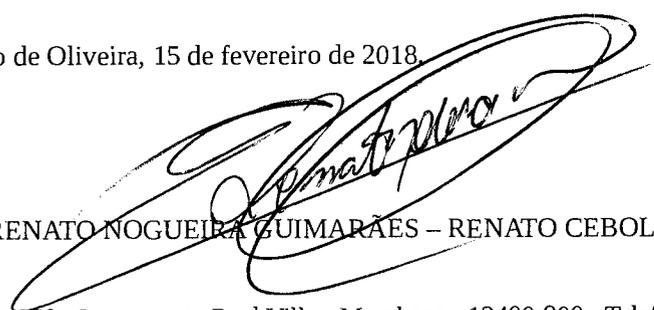
Considerando que o mesmo recebeu ligação para que todos os exames que antecedem a cirurgia fossem realizados novamente, pois os mesmos já haviam vencido.

Considerando que existe uma grande preocupação do paciente.

Considerando os documentos anexo

REQUEIRO à Mesa, consultado o Plenário, seja oficiado ao Executivo Municipal, com cópia ao Departamento Competente, solicitando informações sobre os procedimentos adotados para o paciente Jeferson da Silva Gomes, cartão do SUS nº 898002952841391, prontuário nº425215.

Plenário Dr. Francisco Romano de Oliveira, 15 de fevereiro de 2018.


Vereador RENATO NOGUEIRA GUIMARÃES – RENATO CEBOLA

Complexo Hospitalar
de Taubaté de Referência

PRONTUÁRIO
425815

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: JEFERSON DA SILVA GOMES
ATENDIMENTO: 02058428
TELEFONE: 17 364291207 / 912310259
PROFISSÃO: VIGILANTE
UNID. INTERNAÇÃO:
CONVENIO: SUS - AMBULATORIO
HOSPITAL: 2 - HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TAUBATE

DATA/HORA: 17/07/2013 08:40
IDADE: 29 ANOS
SEXO: Masculino
LEITO:
PLANO: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO PACIENTE - AMBULATORIO DE CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE TAUBATE

NÚMERO PRONTUÁRIO: 425815

NOME: JEFERSON DA SILVA GOMES

IDADE: 29

SEXO: MASC

PROFISSÃO: VIGILANTE

LADO DOMINANTE: DIREITO

QUEIXA/DURAÇÃO: PACIENTE REFERE HUXACAO RECIDIVANTE DE OMBRO (DIREITO), SENDO O PRIMEIRO EPISODIO EM 2009 DURANTE O TRABALHO. REFERE INUMEROS EPISODIOS, COM REDUÇAO ESPONTANEA DE MESMO MEMBRO. PRIMEIRO EPISODIO (P) POR QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM EXTENSÃO. ÚLTIMO EPISODIO (HA) APROXIMADAMENTE 3 SEMANAS. REFERE EPISODIOS DE HUXACAO DURANTE O SONO.

DOR NOTURNA: SIM

TRAUMA ASSOCIADO: SIM PARA PRIMEIRO EPISODIO - QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA

EFO: ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO. AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES APARENTES. INVOLOS

TESTES ESPECIAIS: APREENSAO POSITIVA

RNM: 15/02/12: BARKER E HILL SACK

CONDIÇÃO: COLOCO PACIENTE EM CADerno PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO

MEDICHA VIVIAN FERREIRA BRITO RIBEIRO
CRM 16.548



898002954841391

SUS - SP - SISTEMA UNICO DE SAUDE

GUIA DE REFERENCIA

CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS P.M. PINDAMONHANGABA-SP

CROSS 2190310

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E TELEFONE

Município:	Especialidade:	ORTODONTIA / ALC. 2
DIR:	OMIA	
I - Identificação do Paciente		
Nome:	JOSEFSON R. LIMA SOARES	
Endereço:	Município:	
Idade:	Sexo:	Ocupação:
Nome do Responsável:		
II - Justificativa da Referência		
História Progresso e Quadro Clínico: DOR E INSTABILIDADE DO		
Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: OMBRO		
Exames Realizados - Data e Resultados: R + VIG		
Conduta Terapêutica: FISIOTERAPIA		
III - Motivo do Encaminhamento		
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/> CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA	<input checked="" type="checkbox"/> TRATAMENTO
<input type="checkbox"/> SEGUIMENTO	<input type="checkbox"/> OUTRA ESPECIALIDADE	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR):		
IV - Nome do Médico Solicitante:		
Assinatura:	CRM:	Data:
<p>Dr. Nelson Roberto de Souza Ortopedia e Traumatologia CRM nº 227933</p>		
V - Agendamento para		
Unidade:	Especialidade:	
Endereço:	Bairro:	Fone:
Município:	Data:	Horário:
Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento:		
Data do Preenchimento:		