

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: APAE 2 - CNES: []

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Diego Ferreira Cortines 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: 175278
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): [] 6 - DATA DE NASCIMENTO: 24/11/2011 7 - SEXO: Masculino Feminino
8 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL: Adriana Pereira Pereira 9 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 22 Nº DO TELEFONE 992372670
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Estrada Campinas - Bentes
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Sumidouro 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: [] 13 - UF: RJ 14 - CEP: []

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: [] 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: cadeira de rodas adaptada (KIMBA) 17 - QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: [] 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: Órteses ginopodísticas articuladas 20 - QTDE: 1 par
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: [] 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: Órteses ginopodísticas não articuladas 23 - QTDE: 1 par
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: [] 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: [] 26 - QTDE: []
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: [] 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: [] 29 - QTDE: []
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: [] 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: [] 32 - QTDE: []

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: [] 34 - CID 10 PRINCIPAL: [] 35 - CID 10 SECUNDÁRIO: [] 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: []
37 - OBSERVAÇÕES: A cadeira de rodas adaptada deve conter todos os acessórios necessários.
MUNICÍPIO DE SUMIDOURO
PROCESSO: 1584123
RUBRICA: veiga FLS: 02

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Amanda Cabral Veiga 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: [] 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
Dra Amanda Cabral Veiga
FISIOTERAPEUTA
CREITO: 283700-F
40 - DOCUMENTO: [] 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 12247732737

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [] 44 - Cód. ORGÃO EMISSOR: [] 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): []
45 - DOCUMENTO: [] 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: []
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: [] 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [] 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: []

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: [] 52 - CNES: []

(22) 981276604

SUMIDOURO RJ 04/05/2023

13:17 + 00001584

SUMIDOURO RJ 04/05/2023

13:17 + 00001584

Laudo Médico de Tratamento fora do Domicílio - LM

Anexo ao Pedido N°

Paciente	Nome:	Diego Ferreira Venturini		Documento de Identidade:	
	Residência:	Estrada Campinas - Bontes - Sumidouro			
	Relação	Profissão	Data do Nascimento		
		filho			24/11/2011

Acompanhante	Nome	Lidriana Pereira Ferreira		Documento de Identidade:	
	Residência	Estrada Campinas - Bontes - Sumidouro		Relação com o Paciente	Mãe

1 - Histórico da Doença Atual:	
<ul style="list-style-type: none"> - Esceliose de grau severo; - Encurtamento muscular global; - Hipotonia global; 	
2 - Exame Físico:	
<ul style="list-style-type: none"> - Deformidade em punho e dedos; - Alteração em perímetro cefálico. 	
3 - Diagnóstico Provável:	CID:
Hidrocefalia e seqüela de AVE e Polissacaridose	N0-691/10 N010914
Exames Complementares Realizados. Anexar Cópias	
Tratamentos Realizados:	
- Fisioterapia	
Tratamento/Exame indicado:	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PREFEITURA MUNICIPAL DE SUMIDOURO PROCESSO 1584123 RUBRICA <i>Wery</i> FLS. 04 </div>	
Duração Provável do Tratamento:	

Justificar em caso de necessidade de Encaminhamento Urgente:

Justificar em caso de necessidade de Acompanhante:

Ruiança menor de idade.

Transporte Recomendável - Justificar:

ras Anotações:

Local:

Data: ___/___/___

PREFEITURA MUNICIPAL DE SUMIDOURG
PROCESSO 1584123
RUBRICA veg - FL. 05

Dra Amanda Cabral Veiga
FISIOTERAPEUTA
CREFITO / 288700-F

Médico Assistente
Junta Médica - Carimbo CRM