



# CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

**LORENZO LAGUNA DE SOUZA**

Matrícula

129890 01 55 2015 1 00154 153 0051423 41

Data do nascimento por extenso

Dois de maio de dois mil e quinze \*\*

30 Dia  
05 Mês  
2015 Ano

Hora

21h 35min

Município do nascimento e unidade de federação

Paranavaí-PR \*\*

Município de registro e unidade de federação

Paranavaí-PR \*\*

Local de nascimento

Santa Casa de Paranavaí \*\*

Sexo

Masculino

Filhação

ADRIANO BARBOZA DE SOUZA \*\*

KATIA APARECIDA DE LIMA LAGUNA \*\*

Avós

Paternos: AIRES APARECIDO DE SOUZA \*\*

e MARIA SONIA BARBOZA DE SOUZA \*\*

Maternos: VALDECIR LAGUNA \*\*

e MARINALVA FERREIRA DE LIMA LAGUNA \*\*

Gêmeos

Não

Nome do(s) gêmeo(s)

Data do registro por extenso

Sete de maio de dois mil e quinze \*\*

Número de D.N.V.

30-87187773-0

Observações / Avertações

Nada consta \*\*

Nome do Oficial

Cartório de Registro Civil, Títulos e Documentos e  
Pessoas Jurídicas - Comarca de Paranavaí - PR

Oficial Registrador

Dante Ramos Junior- Oficial

Município / UF

Paranavaí - Estado do Paraná

Endereço

R. Manoel Ribas, 2190, Jd. Vitória, Cx. Postal 243  
CEP: 87.704-000 - Fone: (44)3423-8119

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Paranavaí - PR, 07 de maio de 2015

Carlos Augusto Pafelra de Lima  
Escrivente Substituto





**CISAMFRI**  
Consórcio Intermunicipal de Saúde

ANISADA  
MRE  
3414  
9:40



21/01/2022 16:24

### GUIA DE REQUISIÇÃO DE CONSULTA E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

#### Dados da Guia

<b>Município</b> BALNEARIO PICARRAS	<b>Nº da Guia</b> 104944
<b>Telefone</b> (47) 3347-2000	<b>Autorização</b> 21/01/2022
<b>Usuário Autorização</b> POLLYANNA TELES PIMENTA	<b>Nº da Chave</b> 08660104944

#### Dados do Paciente

<b>Nome</b> LORENZO LAGUNA DE SOUZA	Caro usuário do SUS, este atendimento é gratuito e custeado pelo seu município, sendo proibido qualquer tipo de cobrança e em qualquer hipótese. Caso for indicado pelo médico algum exame ou procedimento complementar, o mesmo deverá encaminhá-lo a secretaria de origem ou disponibilizá-lo à regulação mediante Laudo Médico.
<b>CNS</b> 702.1017.5155.0494	
<b>Telefone:</b> (47) 99220-5343	
<b>Data de Nascimento:</b> 02/05/2015	

#### Dados do Prestador

**Local:** CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM DIAGMAX JOINVILLE  
**Endereço:** Saguacu, 120, Saguacu  
**Cidade:** JOINVILLE - SC  
**Telefone:** (49) 3411-6500  
**Agendado para:** 11/02/2022 09:40

Procedimento	Descrição	Quantidade
4713	SEDAÇÃO PARA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	1

\* A requisição só será válida se estiver devidamente preenchida, carimbada e assinada.

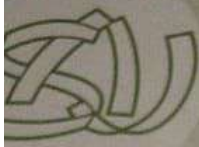
Orientação Geral: endereço para consulta anestesiologia: clínica SAJ rua dr roberto koch, 72 atiradores joinville sc

*Pollyanna*  
Pollyanna Teles Pimenta  
Diretora Regulação  
Portaria 131/2021

Ass. Paciente \_\_\_\_\_ Ass. Sec. Municipal \_\_\_\_\_ Ass. Prestador \_\_\_\_\_

\* Lembre-se que faltas no dia agendado faz mal à saúde de todos, custa caro e quem paga é você.

Impresso por: 102.403.651-00 - Nº 22:24  
Em: 09/08/2023



# SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DE JOINVILLE S/S

Rua Dr. Roberto Koch, 72  
CEP 89203-088 Joinville SC

www.saj.med.br  
saj@terra.com.br

Fone: (47) 3433-1666

Agende por  
(47) 997

## ENCAMINHAMENTO PRÉ-ANESTÉSICO

Nome completo Katya Regina de Souza

Data de nascimento 02/03/2015

Data da cirurgia 18/02/2022 Hora

Local de residência Passo D'Água

Convênio Hospital

Traga este formulário em sua residência e traga no dia da consulta pré-anestésica, juntamente com

Responsável pela informação:  Paciente  Familiar  Cuidador

Tem alguma dessas doenças? Assinale com X.

- Diabetes Mellitus
- Doença do coração. Qual?
- AVC (Derrame)
- Doença hepática (fígado). Qual?
- Pressão alta
- Doença pulmonar. Qual?
- Marcapasso
- Doença renal. Qual?
- Outras. Quais?

Uso de medicamentos ou alimentos?  Não  Sim. Quais?

Uso de medicamentos? Favor informar abaixo:

Nome do medicamento	Dose do medicamento	Horário que toma

OBSERVAÇÃO: Levar os medicamentos que toma em casa para o hospital no dia da cirurgia

Traga no dia da internação os documentos abaixo, JUNTAMENTE COM ESTE FORMULÁRIO assinado e assinado

- Autorização do convênio.
- Consentimento informado do Serviço de Anestesiologia.
- Consentimento informado do procedimento cirúrgico devidamente assinado.
- Documentos pessoais: Identidade, CPF e Carteira do SUS.

Atenção 1: Lembramos que a sua cirurgia pode ser desmarcada caso não traga os documentos.  
Atenção 2: Evitar levar para o Hospital jóias, relógios, celulares; manter as unhas sem

18/02/2022

Katya Regina  
Assinatura do Responsável pelo encaminhamento

Impresso por: 102.403.651-00 / MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 09/08/2023 - 22:34:12

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ENCÉFALO

#### Técnica de Exame:

Foram feitos cortes nos planos Sagital T1/SE, Axial T1/SE, Axial T2/TSE, Axial T2/FLAIR, Axial difusão, Axial GRADIENT-ECHO e Coronal T2/TSE, assim como Axial T1/SE, Sagital T1/3D com supressão de gordura e pós a infusão intravenosa do agente de contraste paramagnético (GD-DTPA). Exame realizado sob sedação.

#### Indicação clínica do médico solicitante:

Controle pós-operatório de tumor do sistema nervoso central (astrocitoma de baixo grau), conforme consta no pedido médico.

#### Comentários:

Sinais de manipulação cirúrgica caracterizados pela presença de:

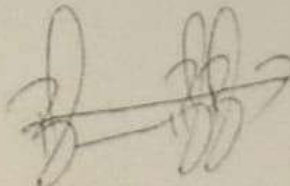
- craniotomia occipital mediana. Nota-se impregnação dos planos meníngeos adjacentes ao local da manipulação, destacando-se também uma pequena coleção extra-axial hiperintensa em T2 localizada subjacente ao aspecto paramediano direito da craniotomia, com espessura máxima de 7,8 mm e que não exerce efeito expansivo significativo.

- orifício de trepanação no osso parietal direito.

Cateter de derivação ventricular com trajeto através do lóbulo parietal inferior direito, que apresenta extremidade distal no interior do ventrículo lateral homolateral. Nota-se halo de alteração de sinal no parênquima encefálico que circunda o cateter, compatível com encefalomalácia / gliose, notando-se também um foco hemorrágico no aspecto posterior do corpo do núcleo caudado direito.

Cavidade cirúrgica localizada ao nível do vermis cerebelar, bem como junto ao aspecto posterior medial do hemisfério cerebelar direito, com intensidade de sinal semelhante ao líquido em todas as sequências realizadas.

Notam-se áreas mal definidas de alteração de sinal do parênquima cerebelar adjacente às margens mais posteriores da cavidade cirúrgica, sobretudo à direita, com predomínio de hipossinal em T1 e hipersinal em T2/FLAIR, por vezes com focos hemorrágicos associados hipointensos na sequência Gradient-Echo, e que exercem efeito atrófico local caracterizado por acentuação dos espaços líquóricos situados entre as folias do vermis e dos hemisférios cerebelares, também de forma mais evidente à direita, denotando predomínio de alterações fibrociatriciais sequelares relacionadas à terapêutica aplicada.



**DR. BERNARDO BARROS**  
CRM/SC 18586

Pág. 1 de 2  
Dig. Daiana.S

Paciente: **LORENZO LAGUNA DE SOUZA**  
Idade: 6 Anos 9 Meses 16 Dias  
Solic.: DR. MARIANA PARIZOTTO MORAES

Protocolo: 0042933  
Data: 18/02/2022  
Conv.: CISAMFRI

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

### Técnica:

Cortes sagitais volumétricos, "Gradiente", nas seqüências de imagens ponderadas em T2/FLAIR.  
Cortes axiais, "FSE", nas seqüências de imagens ponderadas em T1, T2, FLAIR, Difusão e Gradiente-eco.  
Após a injeção de meio de contraste paramagnético endovenoso realizados cortes volumétricos T1/gradiente.

### Laudo:

Os laudos anteriores encontram-se disponíveis para comparação.

Cânula de derivação ventricular trans parietal direita apresentando extremo distal junto ao corpo do ventrículo lateral homolateral aparentemente normal funcionando sem evidências de hidrocefalia.

Evidências de craniotomia occipital na linha média notando-se evidências de manipulação cirúrgica junto ao hemisfério cerebelar em sua porção paramediana direita com área de alteração de sinal envolvendo o aspecto superior do vérmis cerebelar paramediana direita com intensidade de sinal elevada em seqüências de TR longo e hipossinal nas seqüências de TR curto apresentando dimensões estimadas em 21 x 10 mm e estendendo-se no eixo longitudinal por 14 mm sem determinar efeito de massa e sua periferia.

IV ventrículo centrado na linha média com dimensões e morfologia normais.

Parênquima cerebelar, vérmis e estruturas do tronco encefálico de morfologia e intensidade de sinal normais.

Cisternas dos ângulos ponto-cerebelares e pré-pontinas anatômicas.

Cisternas interpeduncular, supracerebelosa, pentagonal, âmbulosa, lamina quadrigêmina e silvianas anatômicas.

Sistema ventricular supratentorial com dimensões e morfologia normais.

Sulcos entre os giros nas convexidades cerebrais superiores anatômicas.

Parênquima encefálico com morfologia e sinal normais.

Foice, tentório, veias profundas e seios venosos durais normais.

Seios da face com pneumatização normal.

### Opinião:

- Ressonância magnética crânio-encefálica revelando:

1- Cânula de derivação ventricular trans parietal direita aparentemente normal funcionando sem evidências de hidrocefalia.

2- Controle pós-operatório de craniotomia occipital na linha média revelando evidências de manipulação cirúrgica junto à fossa posterior sobretudo envolvendo o aspecto paramediano direito do hemisfério cerebelar e vérmis com área de alteração de sinal sugestiva de resíduo / recidiva neoplásica junto ao aspecto superior do vérmis cerebelar. Na comparação com o laudo prévio sugere-se possível aumento das dimensões da lesão residual supracitada.

DR. PAULO ROBERTO WILLE  
CRM 8396