



FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL DE MEDICINA  
HOSPITAL DE BASE



COD. PACIENTE: 2076989  
NOME: JOAO PAULO DE OLIVEIRA  
NOME SOCIAL:  
SEXO: MASCULINO  
NASCIMENTO: 10/08/1991 31 Anos 2 Meses 15 Dias  
ENDEREÇO: RUA SERAFIM ZANETTI, Nº: 109  
BAIRRO: CENTRO  
CIDADE: TAIUVA / SP  
CEP: 14720000

CNS: 203282513770000  
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIAL

RECEITUÁRIO CONTROLADO

25/10/2022

USO ORAL

1) NOVOTRAM 50MG ----- 1 CX  
TOMAR 1 CP VO 6/6H SE DOR FORTE

2) LISADOR DIP 1G ----- 1 CX  
TOMAR 1 CP VO 6/6H SE DOR

  
Carolina F. de Melo  
CRM: 214612

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 09/08/2023 - 22:25:55

CAROLINA FERREIRA DE MELO  
CRM: 214612





FUNDAÇÃO FACULDADE REGIONAL DE MEDICINA  
HOSPITAL DE BASE



COD. PACIENTE: 2076989  
NOME: JOAO PAULO DE OLIVEIRA  
NOME SOCIAL:  
SEXO: MASCULINO  
NASCIMENTO: 10/08/1991 31 Anos 2 Meses 15 Dias  
ENDEREÇO: RUA SERAFIM ZANETI, Nº: 109  
BAIRRO: CENTRO  
CIDADE: TAIÚVA / SP  
CEP: 14720000

CNS: 203282513770000  
ESPECIALIDADE: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIAL

RECEITUÁRIO CONTROLADO

25/10/2022

USO ORAL

1) NOVOTRAM 50MG ----- 1 CX  
TOMAR 1 CP VO 6/6H SE DOR FORTE

2) LISADOR DIP 1G ----- 1 CX  
TOMAR 1 CP VO 6/6H SE DOR

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 09/08/2023 - 22:25:55

CAROLINA FERREIRA DE MELO  
CRM: 214612





COD. PACIENTE: 2076989

NOME: JOAO PAULO DE OLIVEIRA

NOME SOCIAL:

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 10/08/1991

MATRICULA: 2076989

IDADE: 31 Anos 2 Meses 15 Dias

ATENDIMENTO: 14755030

DATA ATEND.: 25/10/2022 08:48

TIPO ATEND.: AMBULATORIO

CONVENIO: SUS - AMBULATORIAL

UNIDADE:

LEITO:

## RELATÓRIO

Data: 25/10/2022

DECLARO QUE O SR. JOAO PAULO DE OLIVEIRA, AUTORIZA ESTE RELATÓRIO E ESTA EM ACOMPANHAMENTO NO NOSSO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, NO HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, DEVIDO A UMA:

# PE PLANO BILATERAL + HALUX VALGO BILATERAL

# 21/10/16 - FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO.

# 31/10/16 - FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADOS DIREITA

# 05/02/18 - KOUTSOGIANNIS + CAPSULOPLASTIA MEDIAL (1º À ESQUERDA)

A SUA ÚLTIMA CONSULTA FOI REALIZADA NO DIA 25/10/2022, PACIENTE APRESENTA EDEMA E DOR CRONICA EM PÉ ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO NA MARCHA A ESQUERDA (HIPEREXTENSÃO DE JOELHO E EQUINO). SOLICITADO ELETRONEUROMIOGRAFIA, CINTILOGRAFIA OSSEA, DOPPLER MMII, COM RETORNO AGENDADO APÓS RESULTADO DE EXAMES, SEM PREVISÃO DE ALTA DO ACOMPANHAMENTO. O PRESENTE RELATÓRIO DESTINA-SE À COMPROVAÇÃO JUNTO AO INSS PARA CONCESSÃO/REVISÃO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS AO SEGURADO. TODA E QUALQUER SOLICITAÇÃO DE EXAMES E/OU NOVAS INFORMAÇÕES DEVE SER FEITA POR ESCRITO COM A DEVIDA IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE ESTÁ SOLICITANDO, A AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL E CONSEQUENTE, A NECESSIDADE OU NÃO DE AFASTAMENTO E DURAÇÃO DO MESMO, SÃO PRERROGATIVAS DO MÉDICO PERITO.

CID 10: S21.4/ M 20.1/ S82

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
25/10/2022

  
Dr. Carolina F. Melo  
MÉDICA  
CRM/SP 214.612

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS FERREIRA ROCHA  
Em: 09/08/2023 - 22:25:55

CAROLINA FERREIRA DE MELO  
CRM: 214612



Cod. Paciente: 2076989 Matrícula: 2076989 Atendimento: 14755030  
Nome: JOAO PAULO DE OLIVEIRA  
Nome Social:  
Mãe: LUZIA APARECIDA MAMBELI OLVIERA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Telefones: 16 - 991153741 16 - 992116970  
Endereço: RUA SERAFIM ZANETI, Nº: 109  
Bairro: CENTRO  
Cidade: TAIÚVA / SP  
CNS: 203282513770000  
CPF: 40298451859  
RG: 482447666  
Nascimento: 10/08/1991 -31 Anos 2 Meses 15 Dias  
Sexo: MASCULINO  
Raça/Cor/Etnia: BRANCA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO  
CEP: 14720000

SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Data: 25/10/2022

CID: T149

Justificativa médica: EDEMA CRONICO EM PÉ ESQUERDO APÓS TRATAMENTO CIRURGICO

Exames de imagem: CINTILOGRAFIA OSSEA (CORPO TOTAL) - 0208050035

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Outros exames:

CNS do médico: CNS: 700400335480250

CPF do médico: 40584797877

**É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DESSE PEDIDO  
NA DATA DA REALIZAÇÃO DO EXAME.  
OBRIGATORIO A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE  
IDENTIFICAÇÃO, COM FOTO, DO PACIENTE E ACOMPANHANTE.**

Impresso por: 1024933651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 25/10/2023 - 22:25:55

CAROLINA FERREIRA DE MELO  
CRM: 214612









Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE REGISTRO NO CADASTRO POR RECURSO

Código: 17763358

Nome Social: JOAO PAULO DE OLIVEIRA

Nome: JOAO PAULO DE OLIVEIRA

CNS: 702604257413749

CPF: 40298451859

Telefone Paciente: (16) 991153741 / (16) 992116970

Data da Solicitação: 25-10-2022 12:53:00

Solicitante: HOSP DE BASE DE SJRP

Telefone Solicitante: 17-3201-5000

Especialidade: Ortopedia - Pé e Tornozelo

Tipo Marcação: Retorno

**É muito importante manter seu cadastro atualizado!**

Principalmente os números de telefone, pois é por meio destes que os serviços de saúde farão contato para informar agendamentos realizados e para outras demandas de comunicação.

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA  
Em: 09/08/2023 - 22:25:45

**COD. PACIENTE:** 2076989      **MATRICULA:** 2076989  
**NOME:** JOAO PAULO DE OLIVEIRA  
**NOME SOCIAL:**  
**SEXO:** MASCULINO  
**NASCIMENTO:** 10/08/1991      **IDADE:** 31 Anos 2 Meses 15 Dias

**ATENDIMENTO:** 14755030  
**DATA ATEND.:** 25/10/2022 08:48  
**TIPO ATEND.:** AMBULATORIO  
**CONVENIO:** SUS - AMBULATORIAL  
**UNIDADE:**  
**LEITO:**

## SOLICITAÇÃO PARA AGENDAMENTO DE RETORNO

Data: 25/10/2022 10:51      Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

- Retorno após Exames  
 Retorno de acompanhamento em:  
 Dias  
 Semanas  
 Mês
- Retorno na vaga  
 Retorno extra/datado em:  
 Retorno na sub-especialidade:

**Tipos de Tratamento:**

Pós Cirúrgico - paciente submetido a tratamento cirúrgico em acompanhamento ambulatorial

**CID:** T149 - TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO

**Observações:**

DR HELENCAR

PASSAR NA RECEPÇÃO PARA AGENDAMENTO DO RETORNO.  
PROCURAR A UBS MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA / CASO TENHA ALGUMA ALTERAÇÃO ANTES.  
O ID É REFERENTE AO NÚMERO DA FILA DE ESPERA, QUE SERÁ AGENDADO E ENVIADO VIA SISTEMA PARA O MUNICÍPIO.

Impresso por: 102.403.651-00 - MARIOS PEREIRA ROCHA  
Em: 09/08/2023 - 22:22:55

CAROLINA FERREIRA DE MELO  
CRM: 214612

