



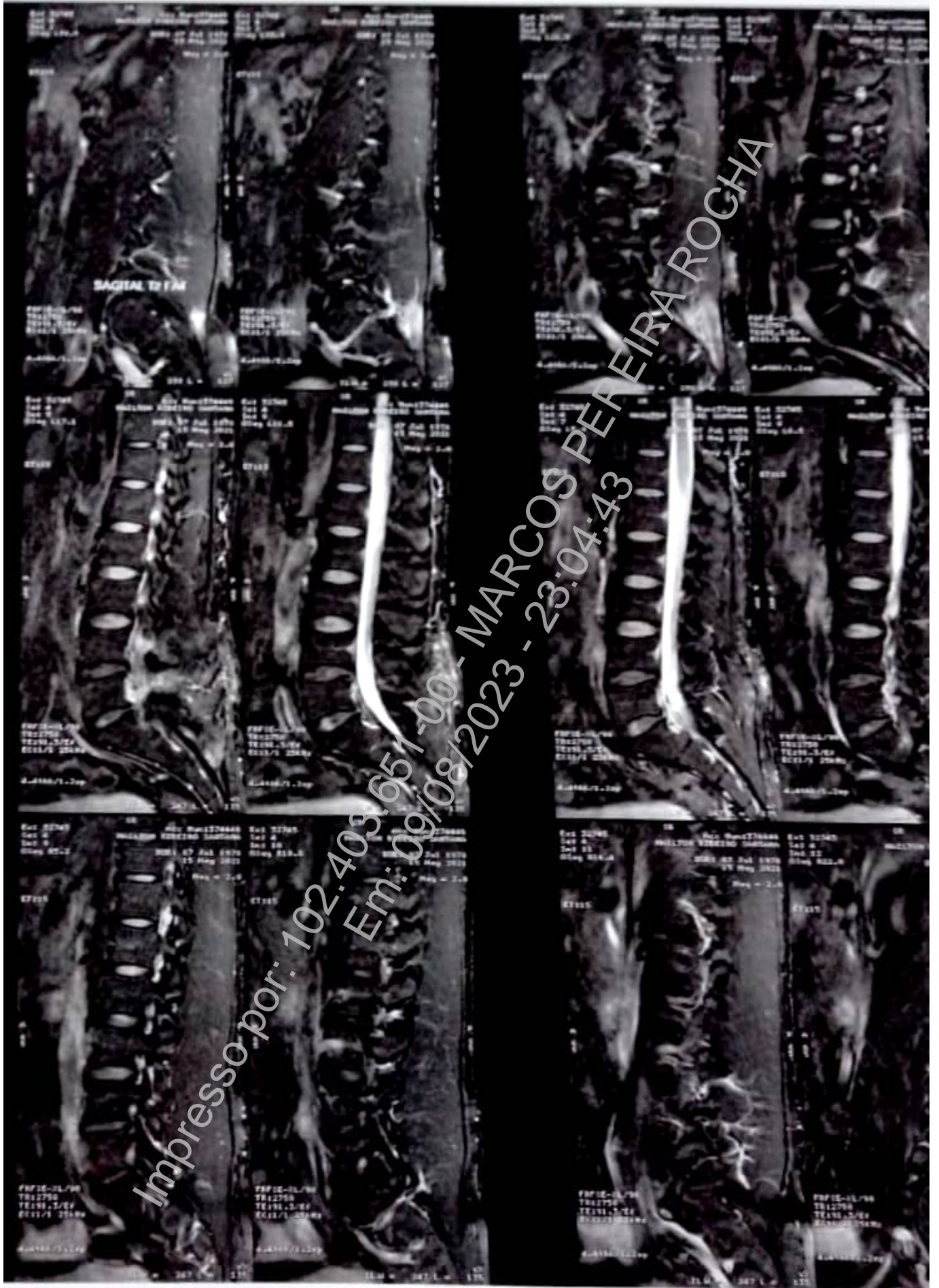
Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

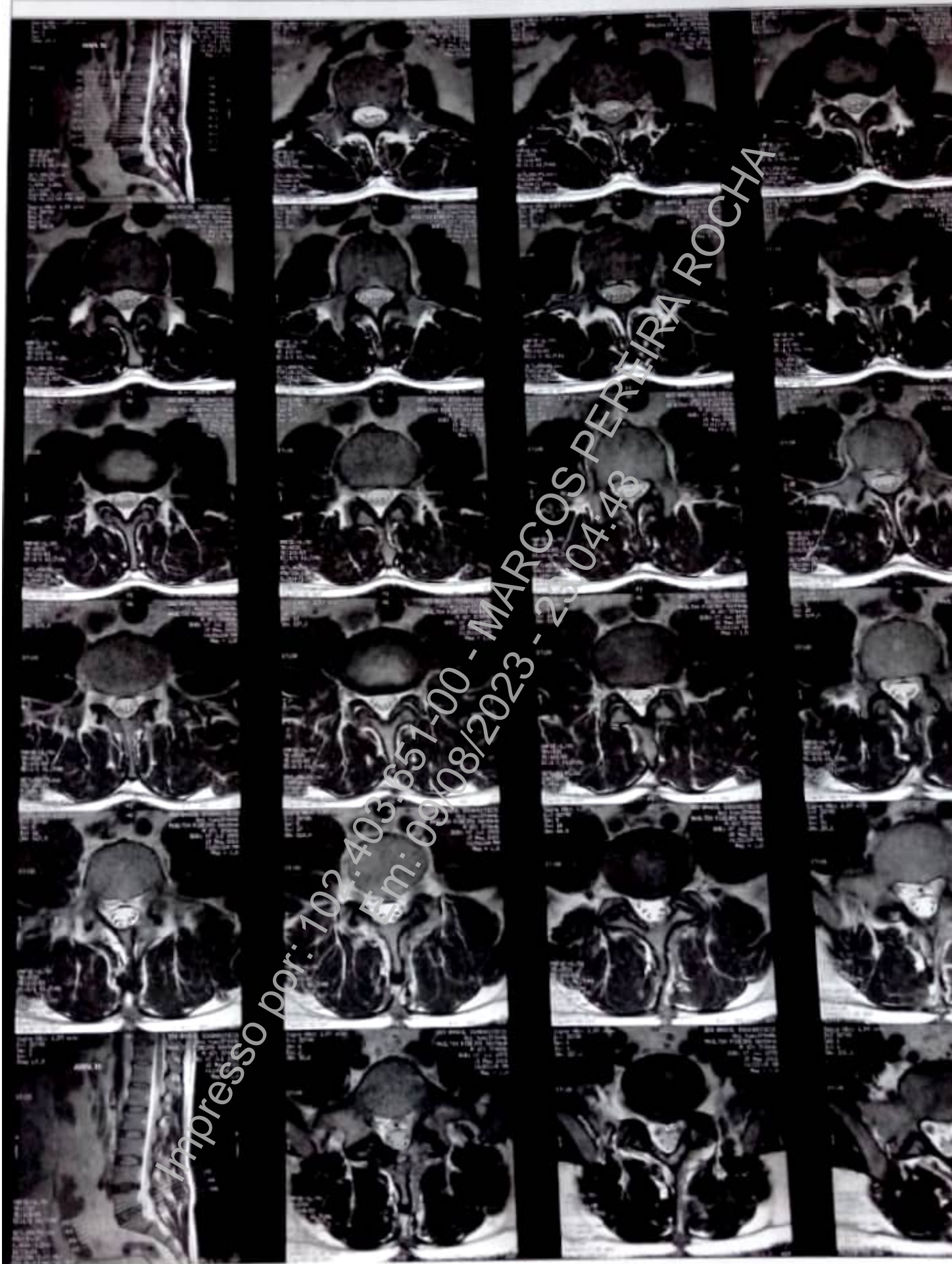
Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43



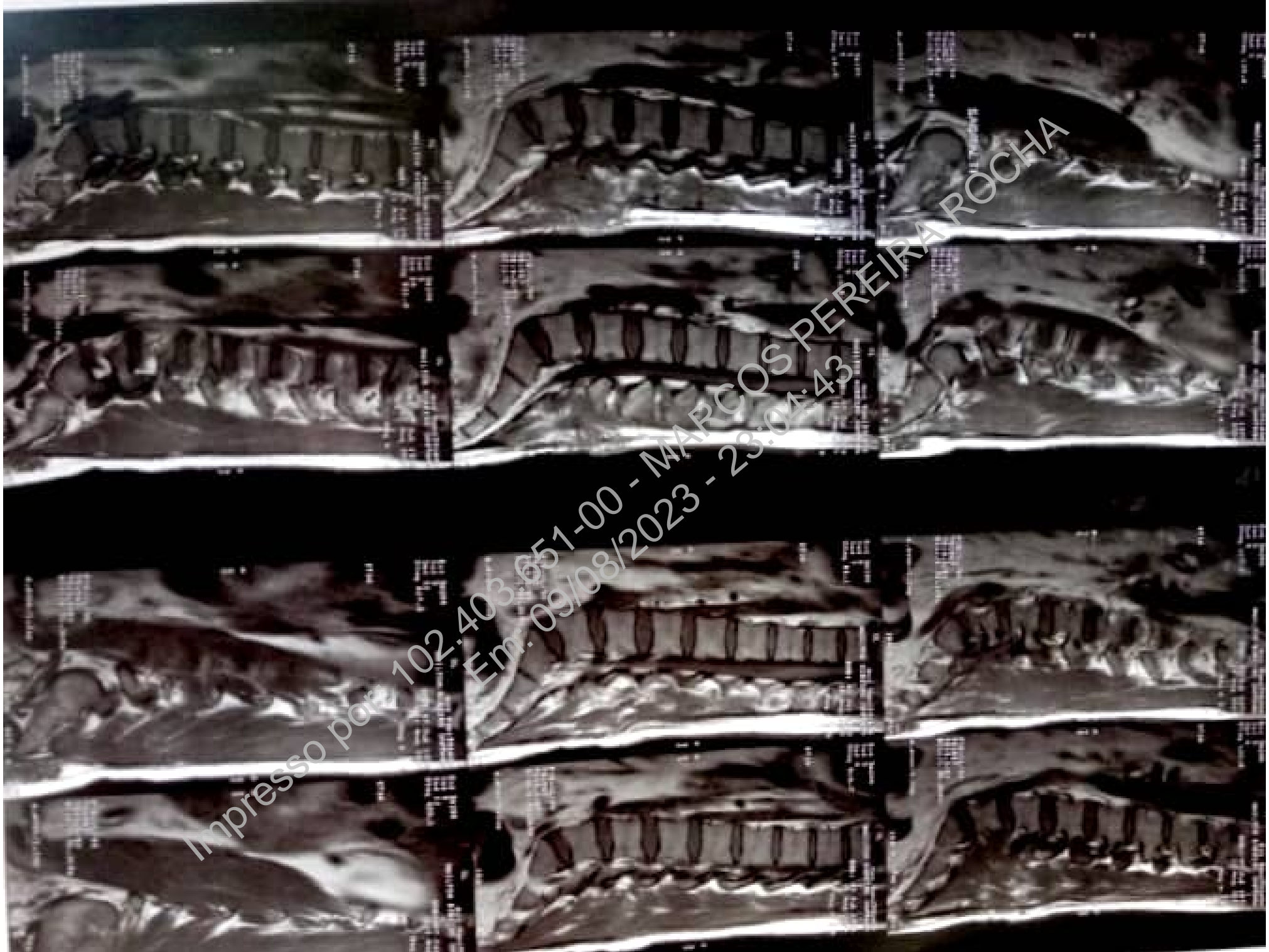
Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43







Impresso por: 102
Em: 403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:48





Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:48



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL - C

| | |
|---|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | |
|  HOSPITAL NAVEGANTES AV. DOS NAVEGANTES, 888 - CENTRO PUNTO SEGURO - BARRA 13.3142-2000 | |
| NOME DO MÉDICO | Dr. Anderson M. Ventura NEUROQUIRURGIA CREMEB 22696 ROE 10043 |
| CRM/BA | |

1ª Via - Retenção da Farmácia/Drogaria
2ª Via - Paciente

Paciente: MILTON RIBEIRO SARAIVA

Endereço: _____

Prescrição: USO ORAL

Amytal 125 mg — 01x

Terminar 01 dia à noite

Dr. Anderson M. Ventura
NEUROQUIRURGIA
CREMEB 22696
ROE 10043

_____/_____/_____
Data Ass./Carimbo do Médico

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | |
| Nome Completo: _____ | |
| _____ | |
| Ident. _____ | Org. Emissor _____ |
| End. _____ | |
| _____ | |
| Cidade _____ | UF _____ |
| Telefone _____ | |

| | |
|------------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Ass. do Farmacêutico _____ | |

Impresso por: 102.403.057-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43



NEURO SAPIENS

Para Mailton Ribeiro Santana

Solicito:

ENMG dos membros inferiores

Motivo: Lombociatalgia padrão radicular L5 maior que em S1 à esquerda. Pós operatório de 3 intervenções para hérnia discal em 2018, 2020 e em 2021 com HDL4-5 esquerda e proximidade à raiz de L5 esquerda.

Dr. Anderson M. Ventura
NEUROCIRURGIÃO
CREMEB/22696

24/01/22

DR. ANDERSON VENTURA
NEUROCIRURGIÃO (CREMEB: 22696)

73 3268-2538 | 98871-6867

RUA COVA DA MOCA, 760 - CENTRO - PORTO SEGURO - BA

Impresso por 702.403.637.00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 23:04:43



NEURO SAPIENS

Para Mailton Ribeiro Santana

Solicito:

RNM DA COLUNA LOMBAR
COM CONTRASTE

Motivo: Lombociatalgia padrão radicular L5 maior que em
S1 à esquerda

Dr. Anderson M. Ventura
NEUROCIURGIÃO
CREMEB 22696

Impresso por:

102.403.65100 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

24/10/22

DR. ANDERSON VENTURA
NEUROCIURGIÃO (CREMEB: 22696)

73 3268-2538 | 98871-6867

RUA COVA DA MOÇA, 760 - CENTRO - PORTO SEGURO - BA

Dr. Anderson Ventura
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Dr. Anderson de Mendonça Ventura
Neurocirurgião
CREMEB: 22696 UF: BA
Endereço Completo e Telefone:
Rua Cova da Moça, 760 - Centro
(73) 3268-2538 / 9 8871-6867
Cidade: Porto Seguro UF: BA

1º VIA - FARMÁCIA
2º VIA - PACIENTE

Paciente: Milton R. Santana
Endereço: _____
Prescrição: USO oral

Codrin 300mg
(Codina) 300mg — 010
1 amp 8/8 horas
PMA por

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome Completo: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico: _____ Data: _____

Impresso por 102403651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 23:04:43

Dr. Anderson Ventura
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. Anderson de Mendonça Ventura
Neurocirurgião

CREMEB: 22696 UF: BA

Endereço Completo e Telefone:
Rua Cova da Moça, 760 - Centro
(73) 3268-2538 / 9 8871-8867

Cidade: Porto Seguro UF: BA

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Paciente:

Matheus Razeiro Sampaio

Endereço:

Prescrição:

uso oral

Mozale 75 mg — 02 cx

Tomar 12/12 horas

(uso contínuo)

Dr. Anderson Ventura

Em: 09/08/2013 - 23:04:43

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

Dr. Anderson Ventura
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Dr. Anderson de Mendonça Ventura
Neurocirurgião
CREMEB: 22696 UF: BA
Endereço Completo e Telefone:
Rua Cova da Moça, 760 - Centro
(73) 3268-2538 / 9 8871-6867
Cidade: Porto Seguro UF: BA

1º VIA - FARMÁCIA
2º VIA - PACIENTE

Paciente: Milton Lizeiro Ventura
Endereço: _____
Prescrição: uso oral

Dmytral 25 mgos 2x
1x à noite

Impresso por: 102.403.651-00 - MARGOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome Completo: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: _____

Dr. Anderson Ventura
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. Anderson de Mendonça Ventura
Neurocirurgião

CREMEB: 22696 UF: BA

Endereço Completo e Telefone:
Rua Cova da Moça, 760 - Centro
(73) 3268-2538 / 9 8871-6867

Cidade: Porto Seguro UF: BA

1º VIA - FARMÁCIA
2º VIA - PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Mogale 150mg

19/11/23 8/8 Horas

USO ONCO

03 ca

Dr. Anderson M. Ventura
NEUROCIURURGIAO
CREMEB 22696
RQE: 10043

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

- Torçãov SL

01 q de 30x de 4/5/2023

8/8 H de 2/3

Dr. Anderson M. Ventura
NEUROCIRURGIÃO
CREMEB 22696
RQE 10043

Impresso por: 102.403.651-00 - MAFIOSOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 10:43

Maiton Rizeiro Santana

Uso ORAL

BACLOFENO 10mg

Tomar 01 q 8/8 horas
(uso contínuo)

PTNA

Tomar 01 q 8/8 horas
(uso contínuo)

Dr. Anderson M. Ventura
NEUROCIRURGIÃO
CREMEB 22696
RQE 10043

73 3162-5000

HOSPITAL NAVEGANTES

WWW.HOSPITALNAVEGANTES.COM.BR

AV. DOS NAVEGANTES, 840 - CENTRO
PORTO SEGURO - BAHIA

08/03/22

Impresso por: 102.403.661-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

CONTRATO E RECIBO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR

0592

NAVEGANTES CENTRO MÉDICO LTDA, sediada à Av. Navegantes, 640, Centro, Porto Seguro-Ba, CNPJ: 30.273.653/0001-05, aqui denominada CONTRATADA.

PACIENTE: Hailton Ribeiro Santana
R.G. 871208288, emitido por S.P. 150, CPF 93142072500
fone (73) 988350513, endereço: Rua Guayuba 257, Povo da Vila

RESPONSÁVEL: D. D. D. D.
R.G. _____, emitido por _____, CPF _____
fone _____, endereço: _____

aqui denominado Responsável pelas obrigações e pelo pagamento das despesas aqui assumidas.

PLANO ou SEGURO SAÚDE do Paciente: Particular, aqui denominado Convênio.

Previsão de Internação: 08 / 03 122 CIRURGIÃO: Dr. Anderson Vontes

PROCEDIMENTOS PREVISTOS: Bloqueio peridural
Modalidade:

- Pacote Cirúrgico
- Internação Eletiva com Conta Aberta
- Internação de Urgência com Conta Aberta

VALOR PREVISTO (POR EXTENSO): _____

VALOR RECEBIDO NESTE ATO (POR EXTENSO): dozentos e dez reais

Restante do pagamento previsto para: _____ Não se aplica

- Forma de pagamento:
- Dinheiro
 - Cartão de Débito
 - Cartão de Crédito _____ parcelas
 - Transferência Bancária
 - Cheque Banco _____ Agência _____

Assinatura do Paciente ou Responsável: [assinatura]

Assinatura do Orçamentista: _____ Data: / /

Assinatura do Tesoureiro: _____ Data: / /

Assinatura do Financeiro: _____ Data: / /

continua no verso

RELATÓRIO DE ALTA

| | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| Nome MAILTON RIBEIRO SANTANA | Registro 27963 | Data do Relatório 08/03/2022 | Internado em 08/03/2022 | Atendimento 53820 |
| Naturalidade | Data da Alta Médica 08/03/2022 | Idade 43 | CID 1446 | |

História da Admissão

Dor crônica refratária lombociática de padrão recorrente L4 a L5, mais evidente L4 e L5 à esquerda. Internado para procedimento minimamente invasivo como tentativa de questionar benefício e função da fibrose peridural e perineural foraminal consequente a 3 abordagens cirúrgicas no outro serviço.

Evolução no Internamento

Realizado rizotomia facetária e bloqueio tranforaminal L4-5 e L5-S1 esquerdo associado a bloqueio de pontos gatilhos miofasciais paravertebrais à esquerda em grupamento multifidus/ rotador esquerda e agulhamento seco.

Exames Complementares

RNM de coluna lombar 2/1/22: confirma fibrose peridural com captação de contraste perineural, foraminal L4-5 e L5-S1 esquerda além de de articulações facetária e estenose relativa foraminal consequente.

Suspeita(s) Diagnóstica(s)

Radiculalgia L4 e L5 esquerda e síndrome miofascial/ Sd. pós laminectomia.

Condição de Alta

Melhorado.

Orientações após Alta Hospitalar

Repouso relativo domiciliar e fisioterapia cuidadosa para reabilitação e alongamentos leves. Retorno em 1 semana para reavaliação em consultório e manter o uso da medicação analgésica

Tipo: 1 - Alta

Dr. Anderson M. Ventura
NEUROCIQUIATRA
CREMESP 10922
RTE 10922

Motivo de Alta: Melhorado

PORTO SEGURO

08.03.22

ANDERSON DE MENDONÇA VENTURA CRM: 22696 / BA

Paciente ou Responsável

Impresso por: 102.403.651.00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

crição:

USO ORAL

GABANEURIN 300mg

TAMM 01 q 12/12 HORAS

MARCO PEREIRA ROCHA 02/06/22

Dr. Anderson M. Vitorino
CRM: 10043
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

01/06/22

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data: _____

Impresso por: 102.402.654-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA

Dr. Anderson Ventura
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA - FARMÁCIA
2º VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Dr. Anderson de Mendonça Ventura
Neurocirurgião
CREMEB: 22696 UF: BA
Endereço Completo e Telefone:
Rua Cova da Moça, 760 - Centro
(73) 3268-2538 / 9 8871-6867
Cidade: Porto Seguro UF: BA

Paciente: MILTON R. SOUZA SANTANA
Endereço: _____
Prescrição: _____

250 mg
Amytal 250mg - 02 CT
Tomar 1 cp 7x ao dia
uso contínuo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome Completo: Milton Ribeiro
Ident.: 71202 Orgão Emissor: SSP
End.: Rua Guarani
257 - Cova da Moça
Cidade: P. Seguro UF: BA
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Iberapólis P/
2 meses
01/06/22
01/06/22
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: _____

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

Dr. Anderson Ventura
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1º VIA - FARMÁCIA
2º VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. Anderson de Mendonça Ventura
Neurocirurgião

REMEB: 22696 UF: BA

Endereço Completo e Telefone:
Rua Cova da Moça, 760 - Centro
Tel: (35) 3268-2538 / 9 8871-6867

Cidade: Porto Seguro UF: BA

Paciente: MARLTON RIBEIRO SANTANA

Endereço: _____

Indicação: USO ORAL:

CODINA 30mg - 01 ct
(^{ou} CODGIN)

TOMAR 4 2 P/HORAS
SE DOR

Dr. Anderson M. Ventura
NEURO CIRURGIÃO
CREMEB 22696
RQE: 10043

01/06/23

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Endereço Completo: _____

Cidade: _____ UF: _____
Órgão Emissor: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR



Sistema Único De Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE... ESTADO DA BAHIA SECRETARIA MUNICIPAL DE...

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Nome do Paciente: Mullton Riblho Santana
Data de Nascimento: 11

Filiação:

Objetivo: Exame / Consulta / Procedimento

- Exame: Hemograma completo, glicose, HbA1c, Lipidograma completo, urina cratiônica, de urina, PSA total, PSA livre, EAS.
- Procedimento:
- Consulta Especializada:
- Outros:

Motivo:

Rei ma de disco

ID:

Solicitante:

Dr. Luciano L. Lima
Médico
1EB 38027

Médico Autorizador:

Data da Autorização:

Nº da Autorização:

CBO:

Ass. do Paciente:

Impresso por: 102.403.651-00 MARCOS PEREIRA ROCHA Em: 09/08/2023 23:04:43

Receituário de Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome Completo: Jefferson da Fonseca Dias
CRM: 24295 UF: BA
Endereço: Rua 13 de maio n 122
Telefone: 32885402 CPF: 212813202

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Identificação do Paciente

Paciente: Milton Ribeiro Santana
CPF:
Endereço:

PRESCRIÇÃO

USO ORAL

PREGABALINA 150MG - 61CX

TOME 1M COMPRIMIDO DE 12 EM 12H

19/08/2023

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43



Este documento foi gerado automaticamente.
Para verificar a autenticidade acesse:
<https://www.mec.gov.br/credencial/verificar>
Documento gerado em: segunda-feira, 18 de setembro de 2023 às 17:42:29, -03

Identificação do Comprador

Nome:
Identificação: Orgão Emissor:
Endereço:
Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico: _____
Data: _____



Nome do Paciente:

Milton R. Santos

Doc. Identidade:

Endereço:

SOLICITAÇÃO DE (marcar apenas uma alternativa):

Exame

Procedimento/Terapia

Consulta/Encaminhamento a Unidade Básica (PSF, Centro de Saúde, etc.)

Consulta Especializada:

Consulta/Revisão de Egresso Hospitalar:

Consulta de Retorno em: _____ dias, para: _____

Outros: _____

Justificativa da Solicitação:

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten text]

[Handwritten text]

Solicitante:

Autorização do Gestor do Sistema:

Assinatura do Paciente:

Data:

Data:

Data:

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43

Receituário de Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome Completo: Jefferson da Fonseca Dias
CRM: 24266 UF: BA
Endereço: Rua 13 de maio n. 103
Telefone: 32885802 CPF: 012813208

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Identificação do Paciente

Paciente: Milton Ribeiro Santana
CPF:
Endereço:

PRESCRIÇÃO

USO ORAL

CODEINA 30MG-----01CX

TOME UM COMPRIMIDO DE 8 EM 8H POR 5 DIAS.

19/09/2022



Este documento foi gerado assinado eletronicamente.
Para verificar a autenticidade acesse:
<https://mde.mec.br/> No Dvo Digite
Documento gerado em: segunda-feira, 19 de setembro de 2022 às: 17:42:39.107

Identificação do Comprador

Nome:
Identidade: Órgão Emissor:
Endereço:
Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data

Receituário de Controle Especial

Identificação da Emitente

Nome Completo: Jefferson da Fonseca Dias
CRM: 24266 UF: BA
Endereço: Rua 13 de maio n 103
Telefone: 32885802 CPF: 012813200

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Identificação do Paciente

Paciente: Maíton Ribeiro Santana
CPF:
Endereço:

PRESCRIÇÃO

SÓ ORAL.

MYTRIL 25MG-----01CX

Tome um comprimido de 12 em 12h.

19/09/2022



Este documento foi gerado assinado eletronicamente.

Para verificar a autenticidade acesse:

<https://medic.br/v7i-o9w116u9m>

Documento gerado em: segunda-feira, 19 de setembro de 2022 Ip: 177.42.239.107

Identificação do Comprador

Nome:
Identidade: Órgão Emissor:
Endereço:
Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data

Receituário de Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome Completo: Jefferson da Fonseca Dias

CRM: 24208 UF: BA

Endereço: rua 13 de maio n 103

Telefone: 3288902 CPF: 01201300

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Identificação do Paciente

Paciente: Maíton Ribeiro Santana

CPF: _____

Endereço: _____

PRESCRIÇÃO

USO ORAL

PREGABALINA 150MG ————— 01CX

TOME UM COMPRIMIDO DE 12 EM 12H

14/06/2022

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43



Este documento gerado eletronicamente.
Para verificar a autenticidade acesse:
<http://medic@ufba.br/17m-foia@ufba>
Documento emitido em segunda-feira, 14 de setembro de 2022 às 17:42:28:307

Identificação do Comprador

Nome

Identidade

Endereço

Telefone

Órgão Emissor

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data



Para: Mailton Ribeiro Santana

USO ORAL

PREDNISONA 20MG-----DICK
TOME UM COMPRIMIDO DE 12 EM 12H POR 10 DIAS.
APÓS, TOME UM COMPRIMIDO PELA MANHÃ POR MAIS 10 DIAS

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43



Este documento foi gerado assinado eletronicamente.
Para verificar a autenticidade acesse:
<https://med.unimed.br/ver-w33a@19wl>
Documento gerado em: segunda-feira, 19 de setembro de 2022 Ipc: 177.42.239.107

19/09/2022

PACIENTE: MAILTON RIBEIRO SANTANA
NOME DA MÃE: NALVA VIRGENS RIBEIRO
END: DA GUAJUBA 257 MIRANTE
PORTO SEGURO
PROFISSIONAL: JEFFERSON FONSECA DIAS CRM

SEXO: Masculino DN: 07/07/1978 IDADE: 44a 2m 13d
CARTÃO SUS: 709207267622239
REGISTRO: 406.428 PRONTUÁRIO: 118.885
TEL: (739)9920-0888 / (739)9835-0513
24.265

Anamnese - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Evento em: 20/09/2022 09:44:00-03:10
Gravado em: 20/09/2022 09:45:23-02:20
COREN: BA - 506938 VANESSA RAVENA SOUSA SILVA

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|--------------------------|-----------------------|-----------|--------------------------------|
| Possui sintomas gripais? | Tipo de Classificação | | Paciente: |
| Não | Classificação | P. Adulto | |
| Sinais de Cetose | Em uso de O2 | | Durante a avaliação, paciente: |
| Não | Não | Acordado | |
| Queixa do paciente | | | |

ENCAMINHADO PARA NEURO

| | | |
|---------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Sinais Vitais | | |
| Frequência Cardíaca | Saturação de Oxigênio (Sat) | Escala de Coma de Glasgow (ECG) |
| 100 bpm | 100 % | 15 |
| Queixa | | |

| | |
|-------------------------------|--|
| Procedimento Eletivo | |
| Classificação | |
| Branco | |
| Observações | |
| - NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. | |
| - NEGA COMORBIDADES. | |

Impresso por: 102.403.651-00 - MHI/205 PER/2023 - 23:05:43
Em: 09/08/2023



VANESSA RAVENA SOUSA SILVA
COREN-BA-506938
ENFERMEIRO

Impresso em: 20/09/2022



Nome do Paciente:

Doc. Identidade:

Prontuário: 1168/85 Registro: 00407111
Nome: MAILTON RIBEIRO SANTANA
Idade: 44 Ano(s) e 2 Mes(es)
Data Atend.: 22/09/2022 Hora: 10:18 Sexo: Masculino

Procedimento/Terapia: _____

Consulta/Encaminhamento a Unidade Básica (PSF, Centro de Saúde, etc.)

Consulta Especializada: _____

Consulta/Revisão de Egresso Hospitalar: _____

Consulta de Retorno em: _____ dias, para: _____

Outros: _____

Justificativa da Solicitação:

[Handwritten signature] 24/09

Solicitante:

Autorização do Gestor do Sistema:

Assinatura do Paciente:

22/09/22

Data:

Data:

Impresso por: 102.403.651-00 - MARCOS PEREIRA ROCHA
Em: 09/08/2023 - 23:04:43



NEURO SAPIENS

Relatório médico

O paciente Mailton Ribeiro Santana apresenta dor crônica lombociática recorrente de padrão radicular L5 e S1 esquerdo (predominante L5) não responsiva ao tratamento conservador, com piora da dor à palpação de transição lombossacra e paravertebral esquerda com encurtamento dos isquiotibiais, reflexos miotáticos normais e força preservada e sinal de Lasègue ausente mas com dor referida paravertebral e sem sinal flogísticos na ferida operatória.

Foi submetido a três intervenções cirúrgicas por outro profissional, sendo uma em 2018, 2020 e a última em 19/06/21, todas no HDLEM. A última cirurgia foi indicada após tentativa de infiltração em 15/01/21 não muito efetiva, segundo informações coletadas, com resumo de alta de internação hospitalar de 14/6/21 a 21/06/21 com descrição de realização de foraminotomia de L3-4 e L4-5 e melhora da dor radicular mas piora da lombalgia mais relacionada à mobilidade. Foi submetido em 10/09/21 à neurólise epidural via hiato sacral e bloqueio facetário nos níveis L4-5, L5-S1 e de articulação sacro-iliaca esquerda com melhora de até 80% da dor por cerca de 8 dias e progressiva piora posterior. **Realizado novo bloqueio facetário 10/12/21 L4-5 e L5-S1 esquerdo com duração de conforto analgésico por menos de 24 horas. E o ultimo realizado em 08/03/22 com pouca resposta analgésica duradoura.**

RM de coluna lombar 15/5/21: Abaulamento discal difuso L4-5 e L5-S1 com insinuação bilateral foraminal um pouco mais evidente à esquerda e sinais de laminectomia de L4 e L5 esquerda e RNM de 25/01/22 com contraste confirma reações inflamatórias com realce ao contraste e alterações fibrocicatríciais de tecido subcutâneo, musculatura paravertebral esquerda, articulações facetárias L4-5 e L5/S1 esquerda com estenoses foraminais denotando fibroses peridural e perineural correspondentes e ENMG dos MMII em 31/1/22 confirma lesão crônica dermatomos de L5 e S1 sem denervação de fase aguda.

Sem condições de posturas não ergonômicas ou de quaisquer esforços físicos ou repetitivos, como carregar objetos pesados ou sofrer impactos na coluna ou de mobilidade de flexo-extensão e rotação por tempo indeterminado e **considerando a refratariedade do caso e persistência do quadro, indico re-abordagem deste cirúrgica para fibrose peridural e perineural lombar**

CID 10 = M 51.1 e R52.1

Dr. Anderson M. Ventura
NEUROCIRURGIÃO
CREMEB 22696

73 3268-2538 | 98871-6867

RUA COVA DA MOÇA, 760 - CENTRO - PORTO SEGURO - BA