



DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS

Ofício nº 29/2017

Caaporã-PB ,22 de Fevereiro 2017

A Ilma Sra. Neuma Cléa Veloso correia

Secretária de educação e Cultura
atr

Prezada Sra.

Venho através deste encaminhar o processo solicitado do Servidor EDISON CELESTINO CORREA, mat.612 lotado na Secretaria de Educação na função de Professor. O mesmo está pleiteando a licença prêmio de 06 meses para tratamento de saúde conforme atestado anexo.

Outrossim ,informo ainda que fica a critério da sua secretaria a disponibilidade do referido Servidor.

Atr

Sem mais,

GABRIELA LEAL DE MIRANDA

Diretora de Recursos Humanos

SEDUC:
Somos favorável
ao deferimento
da solicitação
22/2/17
[Handwritten initials]

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
I Gerência Regional de Saúde - I GERES
Hospital Belarmino Correia

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
(a) Edison Celestine Correia portador(a) da
entidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a)
por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia
D-10 M54.4, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de 07 (sete) dias, a partir desta data.

Goiana, 18/02/17

DR. ANDRÉ C. C. LIMA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 997 - CRM - RN 7505

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ o(a)
r.(a) _____ a registrar o diagnóstico
utilizando CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal



XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA



Número do Registro: 2017/ET002029 | Data e Hora de Atendimento: 05/02/2017 09:15 | Prontuário Local: | Prontuário Integrado: | Local de Entrada: Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 22594 EDISON CELESTINO CORREA | Registro SUS: 200636598450001
 Nascimento: 08/08/1963 | Idade: 53 | Sexo: Masculino | Cor: Parda
 Estado Civil: Casado(a) | Profissão: APOSENTADO | Naturalidade: GOIANA | Nacionalidade: BR
 Documento de Identidade: 31098 | Filiação: SEVERINO SELESTINO CORREA / MARIA DA CONCEICAO CORREA
 Endereço (Av., Rua, etc.): RUA DJALMA RAPOSO, Nº 46 | Complemento: CASA
 Bairro: CIDADE NOVA | Cidade: GOIANA | UF: PE | Telefone: 81-9425-2223
 Acompanhante: O MESMO
 Ocorrência: OCORRÊNCIA TRAUMATOLÓGICA - Oct. Dores na Coluna | Acidente de Trabalho: Sim Não

Procedência: DOMICÍLIO | VOLTA PARA O TRAUMA | Meio de Transporte: Carro

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO *melho alergia*

Queixa principal:
 () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
 () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
 () Fadiga () Distúrbios visuais () Parastesia e/ou Paralisia de parte do corpo
 () Dor. Local *LOMBALGIA*
 () Queixa urinária
 () Sangramento. Loc.
 () Outras queixas:

Encaminhamentos
 () Clínica Geral
 () Pediatria
 () Cirurgião
 (x) Ortopedista
 () Serviço Social
 () Maternidade
 () Enfermagem
 () Outros:

Classificação:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos
 () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
 () Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () A.V.C
 () Outros:
 (x) Uso de medicamentos. *DEZA CIDONEURINA*

Sinais Vitais
 P.A. x mmHg Tm *36* °C Pm bpm F.R.m rpm

Exames Diagnósticos auxiliares
 () Glicemia Capilar mg/dl

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)
Lombalgia há 8 dias
acompanhada por irritabilidade proximal e distal.
Re. membros inferiores

Exame Físico: Peso: kg
Ex. físico A.D. *Q: Orientado + Alta de Orientação*

Hipótese diagnóstica / conduta
Diagnóstico Zumbadozi Medoni
Unidade de Gerenciamento
05/02/2017

Código de Atendimento: **CID 10:**

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: União do Rio 2 - CNEB

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Edison Celestino Correa 4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 42042519971880 6 - DATA DE NASCIMENTO: 08/08/1963

7 - SEXO: Masc. 8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE: Maria de Conceicao Correa 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL: 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Dotor da Yoma Taposo N.º 46

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Guiana 15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 16 - UF 17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Resonância magnética nuclear coluna lombar - L4/L5 20 - QTDE. Simple

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: Resonância magnética nuclear 21 - QTDE. Simple

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIOS

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Lombo ciatalgia 37 - CID10 PRINCIPAL: M54-M50 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES: Apresenta dor perna direita (direita), 102 e 20 dias

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Yamara Armas Soto 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 13/12/2017 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Yamara Armas Soto - MEDICO - 290796

43 - DOCUMENTO: 121 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 018081316597-69

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 55 - CNEB

Quioterapia

Seg a sexta pelo horário da
manhã 7:30

seg e Qua à tarde 13:00

Maria Emília -

Norma Ferreira.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
I Gerência Regional de Saúde - I GERES
Hospital Belarmino Correia

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
(a) Edison Celestina Correa portador(a) da
entidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a)
x vezes no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia
D-10 11.54.4, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de 07 (sete) dias, a partir desta data.

Goiana, 11/02/17.

Rafael Leite Soares
Méd. Cirurgião e Radiologista
CRM-PB 9369


Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ (a)
r. (a) _____ a registrar o diagnóstico
indicado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Ilma. Sr^a. Secretária de Educação de Caaporã-PB.

Solicito de V.S^a., a concessão de Licença Prêmio por seis(06) meses, a qual tenho direito.

Informo que o pedido se deu pela necessidade urgente para que possa tratar de saúde “ Lombociatalgia, Érnica de Disco e Inflamação do Nervo Ciático”, conforme documentação em anexo.

Solicito ainda de V^a.S^a., o agendamento para assinar o devido requerimento junto ao RH, ou setor competente para o caso em tela.

Certo do vosso entendimento, colo-me à disposição para outros esclarecimentos se necessário.



Em, 16 de fevereiro de 2017.