



**SINDICATO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO  
PÚBLICO MUNICIPAL DE ITU**  
FILILADO A FESSP-ESP



Itu, 22 de março de 2010.  
À Vertcon – Adm. e Corretora Seguros  
Ao Depto. de Sinistros  
Att. Srta. Marisa Apolinário de Oliveira

Nesta,  
Assunto: Sinistro de Geraldo Marins Pacheco Junior

PROTOCOLO

Vimos por meio desta, encaminhar toda documentação exigida para abertura de Sinistro do sócio Geraldo Martins Pacheco Junior. Segue abaixo relação dos documentos que estão sendo encaminhados à Vertcon:

**DOCUMENTAÇÃO DO SEGURADO**

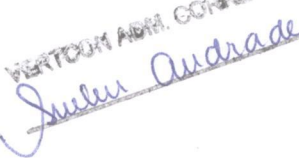
- Formulário de solicitação de auxílio emergencial (original)
- Xérox – Carteira Nacional de Habilitação (Autenticada)
- Xérox – Comprovante de Residência (Autenticada)
- Xérox – Holerite (Autenticado)
- Xérox – Receituários (total de 1) (Cópia simples)
- Xérox – Declaração do órgão empregador (Original)
- Xérox – Comunicação de decisão (Cópia simples)
- Xérox – Resultado Tomografia (Cópia simples)
- RX – Total de 9 (nove)

Aguardo protocolo do recebimento desta documentação e, em caso de necessidade de envio de documentos complementares, por favor, nos comunicar o mais rápido possível.

Atenciosamente,

  
Ízide Carolina Guimarães  
Depto. Convênios **SISMI**  
[beneficios@sismi.com.br](mailto:beneficios@sismi.com.br)



  
VERTCON ADM. CORRETORA SEGUROS LTDA.  
24/03/2010

RUA DO PATROCÍNIO, 590 CENTRO CEP. 13.300-200  
ITU/SP CNPJ 49.563.596/0001-27 FONE: 11 4022 6563  
E-mail: [beneficios@sismi.com.br](mailto:beneficios@sismi.com.br)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO EMERGENCIAL

Sub-Estipulante:		SUB-GRUPO	CNPJ
Proponente/Titular	CORPO MARTINS PACITEO SENIOR		Data Nascimento 24-12-1983
RG	Estado Civil	Sexo	MATRÍCULA / RE CPF
Cônjuge			Data Nascimento

LOCAL E DATA DA OCORRÊNCIA.  
ITU, 16 de fevereiro de 2010.

Descreva com letra legível como ocorreu o acidente, suas causas e conseqüências.

O asegurado fazia limpeza na caixa d'água de sua residência, quando acidentou-se na escada, ocasionando lesão em suas pernas

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data e hora da primeira consulta e/ou Atendimento	16-02-10	Descrição das lesões e primeiros procedimentos médicos.	ENTRADA NO PRONTO SOCORRO COM QUEIXA DE DIFICULDADE / ANOMALIA ± 1 semana e dor. Paraparesia crural.
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? Em caso negativo especifique.		Paralisação de membros inferiores de origem traumática.	
Em caso negativo quais foram as causas		reparação.	
Encontrou V.sa. no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente ao Acidente? Qual?		Não.	
Houve a necessidade de Afastamento de suas atividades profissionais? Quantos dias?		Sim Período indeterminado (± 120 dias)	
O Acidentado teve alta? Em que data?		Não.	
Houve Invalidez? Total ou Parcial? De qual Órgão ou Membros?		Ita paraparesia crural atual.	
Qual o percentual de redução Funcional?		Paraparesia crural Grau III/II.	
Nome do Médico Assistente.	Dr. OSMARO CUNHA ALBERTO	CRM	30381.
Endereço do Médico.	RUA JOAQUIM BONFIM 372	ITU	Fone 40 13-8000
LOCAL / DATA	ITU 04/03/10	Assinatura do Médico sob carimbo	

LOCAL	ITU - SP	Data	04/03/2010	Assinatura do Acidentado	+ Geord de... R. Abibe
-------	----------	------	------------	--------------------------	------------------------

OBS: - Em caso de Solicitação de reembolso, anexar recibos e notas fiscais originais

**A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE**

NOME DO SEGURADO *Genivaldo Martins Paete Junior*

**EM CASO DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL**

LOCAL DO FALECIMENTO DATA HORAS FALECIMENTO NO LOCAL OU EM HOSPITAL? DATA DA 1ª CONSULTA DATA DA ÚLTIMA CONSULTA

QUAL O DIAGNÓSTICO INICIAL?

INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO, CONFORME A SUA ORDEM:  
 A) PRIMÁRIA  
 B) SECUNDÁRIA

HOUVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO.

O FALECIDO TINHA CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? DESDE QUANDO? QUAL A PROFISSÃO DO FALECIDO? QUANTO TEMPO ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO?  
 SIM  NÃO

HOUVE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO SEGURADO? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.

HOUVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS.

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC)  
 O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO OU ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, PEDE-SE DAR DETALHES.

O FALECIDO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA**

DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO

DATA 1ª CONSULTA	DATA INÍCIO DA DOENÇA	DATA ÚLTIMA CONSULTA	DATA INVALIDEZ TOTAL	DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO	O PACIENTE ESTÁ TOTALMENTE INVÁLIDO?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA?
					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR ENCONTRA-SE ENCERRADO? A INVALIDEZ TOTAL DEFINITIVA É:  
 SIM  NÃO  LABORAL  AUTÔNOMICA

DESCREVA A SINTOMATOLOGIA E OS EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS QUE PERMITIRAM A CARTACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (TOMOGRAFIA, RADIOGRAFIAS, ANATOMOPATOLÓGICO, NECROSCÓPICO, ETC.)  
 HOUVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? (FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)

O SEGURADO EMPREGOU OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES E ENDEREÇOS DOS MESMOS.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

DATA DO ACIDENTE DATA DO ATENDIMENTO MÉDICO HISTÓRICO DO ACIDENTE  
*05-02-10 16-02-10 queda de escada h<sup>+</sup> ± 17mca.*

DESCRIÇÃO DETALHADA DA LESÃO  
*Paraplegia crônica grau IV/III*

TRATAMENTO A QUE FOI SUBMETIDO O SEGURADO  
*Tratamento clínico aliado a cirurgia*

HOUVE INTERNAÇÃO? DATA DA INTERNAÇÃO DATA DA ALTA ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO ACIDENTADO PREEXISTENTE AO ACIDENTE? CASO AFIRMATIVO, QUAL?  
*SIM 16-02-10 NÃO NÃO*

O PACIENTE ESTÁ EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA?  
*NÃO PARA CIRURGIA / HERNIA DE DISCO LOMBAR. ALTA PREVISADA*

**EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZA-LA?**  SEM INVALIDEZ  COM INVALIDEZ *20/03/10*  
 CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZA-LA?  PERMANENTE  TOTAL  TEMPORÁRIA  PARCIAL  
 SE PARCIAL, INDIQUE: *50 %* DE REDUÇÃO FUNCIONAL  MÍNIMA  MÉDIA  MÁXIMA

DESCREVER AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E CLASSIFICANDO-AS SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL  
*Paraplegia crônica ainda não caracterizada como definitiva*

O PACIENTE FOI TRATADO POR OUTROS MÉDICOS? EM CASO AFIRMATIVO, INFORME NOME E ENDEREÇO  
*SIM EQUIPE DE NEURO CIRURGIA DA SAUDE CIA DE ITU*

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE**

NOME DO MÉDICO *OSVALDO CRUZ RIBEIRO ABIBE* CRM Nº *30371*

ENDEREÇO *UA JOAQUIM BONFAS 372 ITU 80*

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

*Itu 04/03/10* LOCAL E DATA

*Osvaldo Cruz R. Abibe* ASSINATURA E CARIMBO

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE ITU - SP  
 JOSÉ CLÁUDIO MURGILLO - Oficial  
 Praça Duque de Caxias, 46 - Centro - CEP 13300-103 - Fone: (11) 4023-7711 - Itu - SP

Reconheço, por semelhança, a firma supra de: OSVALDO CRUZ RIBEIRO ABIBE.

Itu, 04 de março de 2010.  
 Em testemunha da verdade.  
 ELISABELA LOPES OLIVEIRA - Secretária autorizada  
 Preço da firma R\$ 3,00 | Valor total R\$ 3,00!



Reg. Civil P. N. de Itu/SP  
 ELISABELA LOPES OLIVEIRA  
 Escrevente / Autorizada

OFICIAL REGISTRO CIVIL E TABELIÃO  
DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP  
  
CÓPIA REPRODUZIDA  
NESTE SERVIÇO

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIÃO  
NOTAS PIRAPITINGUI - ITU/SP  
AUTENTICAÇÃO  
Esta Fotocópia e reprodução fiel  
do documento original. Dou Fé

04 MAR. 2010

SIVONETE CRISTINA DE ARRUDA DUTRA  
ESCREVENTE AUTORIZADA

Colégio Notarial do Brasil - SP  
Autenticação  
Estado de São Paulo  
0460AA112736

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
GERALDO MARTINS PACHECO JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
45505425 SSP/SP

CPF  
330.891.498-00

DATA NASCIMENTO  
24/12/1983

FILIAÇÃO  
GERALDO MARTINS PACHECO  
O  
ZILDENE MARIA DOS SANTOS  
OS PACHECO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB  
E

Nº REGISTRO  
04053381162

VALIDADE  
08/12/2011

1ª HABILITAÇÃO  
09/03/2007

OBSERVAÇÕES  
EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
ITU, SP

DATA EMISSÃO  
30/05/2008

55807298529  
SP325550743

DETRAN - SP (SAO PAULO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
016370788

PROIBIDO PLASTIFICAR  
016370788

**Companhia Piratininga  
de Força e Luz**

Uma empresa do Grupo CPFL Energia

**CPFL  
ENERGIA**

Rod. Campinas-Mogi Mirim km 2,5 s/n-Parte  
CP 7005 - CEP 13076-970 - Campinas - SP  
Inscrição Estadual 244.946.329.113  
Inscrição no CNPJ 04.172.213/0001-51

**GERALDO MARTINS PACHECO**  
R FRANCA, 35  
CD NOVA I  
13308-121 ITU/SP

Nota Fiscal  
Conta de Energia Elétrica  
N° 201001001365270 série C  
Data de Emissão 13/01/2010  
Data de Apresentação: 18/01/2010  
Pág: 01 de 01  
Conta Contrato N° 210003502244

Roteiro de Leitura      N°. Medidor      Cliente  
ITUBU075-00000254      6765402      700230217



Reservado ao Fisco  
875A.2B14.8E8F.891A.7937.116B.C20D.0F89

**PREZADO (A) CLIENTE**

Reserve mais tempo para você em seu dia-a-dia.  
Solicite os serviços disponíveis em nosso site com  
rapidez e segurança:  
[www.cpfl.com.br](http://www.cpfl.com.br), "Serviços Online", 24h com você.

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

**GERALDO MARTINS PACHECO**  
R FRANCA, 35  
CD NOVA I  
13308-121 ITU/SP  
CLASSIFICAÇÃO: B1 Residencial  
Tensão Nominal: 220 / 127 V-Bifásico

CPF 035.060.796-24

ATENDIMENTO CPFL	SEU CÓDIGO	CONTA MÊS	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0800 0 10 25 70 <a href="http://www.cpfl.com.br">www.cpfl.com.br</a>	2079085555	JAN/2010	28/01/2010	140,13

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATAS DAS LEITURAS	DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa/Preço	Valor (R\$)
2010 JAN	KWh Dias 322 30 Atual 13/01/2010	N°509000134536			
2009 DEZ	313 32 Anterior 14/12/2009	Consumo Faturado [kWh]	322	0,29549000	95,15
NOV	271 27 N° de dias 30	PIS/PASEP			1,25
OUT	316 32 Próximo Mês 10/02/2010	COFINS			5,76
SET	327 32	ICMS			34,06
AGO	242 30	Total CPFL			136,22
JUL	273 29				
JUN	310 33 Atual 43840				
MAI	236 28 Anterior 43518				
ABR	250 30 Fat. Multip. 1				
MAR	300 33 Consumo KWh 322				
FEV	314 29 N°. Medidor 6765402				
JAN	385 31				

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELIÃO  
NOTAS PIRAPITINGUI - ITU/SP  
**AUTENTICAÇÃO**  
Esta Fotocópia e reprodução fiel  
do documento original. Dou Fé

04 MAR 2010

Colégio Notarial do Brasil - SP  
Autenticação  
Estado de São Paulo  
0460AA112735

Alfren SP  
VONETE CRISTINA DE ARRUDA DUTRA  
ESCREVENTE AUTORIZADA

Valdo Somente com o selo de autenticidade

**INDICADORES DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

ITU	DEC	FEC	DIC	FIG	DMIC
Padrão	3,00	2,40	20,00	16,00	10,00
Apurado	6,31	1,50	5,86	1,00	5,86

**DEMONSTRATIVO: IMPOSTOS / COMPOSIÇÃO DA TARIFA**

ICMS - Base de Cálculo R\$ 130,22	Energia	R\$	48,59
Aliquota 25,00 %	Transmissão	R\$	8,94
Valor ICMS R\$ 34,06	Distribuição	R\$	28,40
Valor COFINS R\$ 5,76	Encargos	R\$	9,22
Valor PIS R\$ 1,25			

**DEBITOS DE OUTROS SERVIÇOS**      Valor (R\$)

Contribuição Custeio IP-CIP	3,91
-----------------------------	------

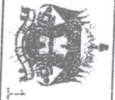
**PARTE DO ORIGINAL**

**INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA**

**CREDITOS / DEVOLOÇÕES**      Valor (R\$)

OFICIAL REGISTRO CIVIL E TABELIÃO  
DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP

**CÓPIA REPRODUZIDA  
NESTE SERVIÇO**



Prefeitura da Estância Turística de ITU - SP

13.01.00 002 REG. PIRA



PAGAMENTO DE SALÁRIO

MÊS/ANO DE PAGAMENTO  
JANE/2010

FLS. 1

MATRICULA

201721 - GERALDO MARTINS PACHECO JUN

COD. CBO

454340278

C.T.P.S.

0356

DEPTO. BCO

05020

57220458

AUX. SERV. (SERV. GER)

COD. CBO

4110-05

TIPO DE PAGAMENTO

PAGTO MENSAL

ADMISÃO

13/05/2004

COD.	DESCRIÇÃO	REFERENCIA	VENCIMENTOS	DESCONTOS
001	SALARIO BASE	30,00	480,34	
064	TRIENTID	5,00	24,02	
066	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	40,00	204,00	
069	LEI DE INTERFERES	20,00	96,07	
103	CONVENIO METODONT			45,00
106	SINDICATO SERV. PUBL. MON. ITU	3,00		14,41
110	S.T.S.M.I. - VALES			0,00
130	VALE TRANSPORT	25,00		18,82
137	CONVENIO BANCO REAL			175,75
369	AUXILIO FAMILIA	1,00	24,01	56,27
380	I.N.S.S	8,00		0,77
394	ARREDONDAMENTO MES ANTERIOR		0,76	
395	ARREDONDAMENTO DO MES			

SALARIO-BASE		BASE DE CALCULO FGTS		VALOR LÍQUIDO	
480,34	828,44	828,44	66,27	591,00	
SAL. CONTR. INSS		FGTS DO MÊS		BASE CALC. IRRF	
828,44	828,44	66,27	611,48	FAVXALRRF	
TOTAL DE VENCIMENTOS		TOTAL DE DESCONTOS			
829,20		438,20			

OFICIAL REGISTRO CIVIL E TABELAÇÃO DE NOTAS PIRAPITINGUI - ITU - SP  
CÓPIA REPRODUZIDA NESTE SERVIÇO

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_

01 MAR. 2010  
SIVIANETE CRISTINA DE AFRANCA DE ALMEIDA  
ESCREVENTE AUTORIZADA  
Válido Somente com o selo do  
Colégio Notarial do Brasil - SP  
Autenticação  
Estado de São Paulo  
0460AA112733

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL E TABELAÇÃO  
NOTAS PIRAPITINGUI - ITUSP  
AUTENTICAÇÃO  
Esta Fotocópia e reprodução não  
do documento original. Dou Fé



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE ITU**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO PESSOAL**

## DECLARAÇÃO

Declaro para os fins que se fizerem necessários que **Geraldo Martins Pacheco Junior**, portador dos documentos PIS/PASEP 190.184.915-70 CTPS 045434- SÉRIE 278, é funcionário desta Municipalidade, na função de Aux. Serv(Serviços Gerais), desde 13/05/2004, sob regime C.L.T (Consolidação das Leis Trabalhista).

Declaro ainda que o último dia trabalhado foi dia 15/02/2010.

Por ser expressão da verdade assino a presente declaração.

Atenciosamente,

Itu, 03 de Março de 2010.

  
ADEMIR UCHOA DIAS  
DIRETOR DO DEPARTAMENTO PESSOAL



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
Ministério da Previdência e Assistência Social  
Instituto Nacional de Seguro Social

## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 19018491570

**Número do Benefício:** 5397964855

**Espécie** 31

**Número do Requerimento:** 120454964

**Ao Sr.(a):** GERALDO MARTINS PACHECO JUNIOR

**Endereço:** RUA FRANCA 35, CIDADE NOVA I

**CEP:** 13308121

**Município:** ITU

**UF:** SP

**Assunto:** Pedido de Auxílio - Doença

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Constatação de incapacidade laborativa

**Fundamentação Legal:** Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 03/03/2010, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 16/05/2010

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do Benefício (16/05/2010), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 16/05/2010 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V.Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recursos da Previdência Social

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 19 de março de 2010

Valdir Moyses Simão - Presidente INSS

**Agência da Previdência Social:** APS ITU **Endereço:** CENTRO

**CEP:** 13300169 **Município:** ITU

**UF:** SP

**Termo de Responsabilidade:** Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 19 de março de 2010

Assinatura do Requerente / Representante Legal





Sociedade Beneficente São Camilo  
Santa Casa de Itu

Itu, 24 de 02 de 10

## Receituário

Alertado

Guilherme Martins Pacheco  
foi admitido e internado neste  
Hospital desde 16-02-10 c/  
guarido de pneumonia crônica  
entendo imprescindível a  
realização de 90 (noventa) dias de  
nova avaliação  
6629.

Osvaldo Cruz R. Abibe  
CRM 2032

Assinatura

Hospital São Camilo Itu  
Rua Joaquim Bernardes Borges, 372 - Centro  
Itu - SP CEP: 130.300-025  
Tel: (11) 4013-8000

NÃO PODE SER USADO COMO RECIBO

042/FM



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
Santa Casa de Itu  
Rua Joaquim B. Borges, 372 - Centro - Tel.: (011) 4013-8000

CM

Paciente...: GERALDO MARTINS PACHECO JUNIOR  
Idade.....: 26 Ano(s)  
Solicitante: PLANTAO NEUROLOGIA  
Convênio...: SUS

Página.. 1

Leito.: 020-0002  
Data.: 18/02/2010  
Laudo: 085096/0008

Digitador...: ELISANGELA MARIA CAPELATO FERREIRA

## TOMOGRAFIA

EXAME .....: TOMOG.COMPUT.DE COLUNA CERVICAL,DORSAL OU LOMBA - Inc. - 0

INTERPRETAÇÃO: Foram realizados cortes axiais computadorizados da coluna lombar, com 2 mm de espessura , orientados através da radiografia digital, ao nível dos espaços discais de L1 a S1.

### **Os cortes evidenciam:**

Mínima escoliose lombar de convexidade à esquerda nos níveis T-1 à L-2.  
Corpos vertebrais com morfologia e estrutura óssea normais.  
Aspecto normal das interapofisárias.  
Canal vertebral e foromens intervertebrais com amplitude e forma normais.  
Abaulamento discal posterior nos níveis L-3/L-4 e L-4/L-5 apagando a gordura epidural anterior e retificando a face ventral do saco dural.  
Ligamentos amarelos e musculatura paravertebral sem alterações.

RENATO KOGA CERQUEIRA  
CRM: 121785