

Zoquel e Zenoide



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Verônica Pereira da Silva Sexo: F  
Data Nasc.: 34/2/99 Natur.: Presidente Kennedy  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 1334553 SÚS/CNS: 70410501255553  
Profissão: borrador Endereço: PA Torumã  
Nome do Pai: José Filho Pereira da Silva  
Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio Franzilene Pereira Lima  
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
Médica CRM 3398 TO  
PARA: Hosp. Reg. Parauzo

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: necessidade de avaliação por G.O.

2 - Duração provável: 21h Transporte recomendável: ambulância

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? sim

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: gestante com dor 29/10/10 e 30:39:35w, cesárea anterior, dor no abdome por dor e contração. Negs por

6 - Exame físico: do vagina. BCF: 150, 20/10. T. vag: Palo dilatado 3cm.

7 - Diagnóstico provável: ms: Gestação de 39,35w. Cesárea

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

01/08/2017

Motorista:  
Zaqueu

21:58'



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: ANA JULIA NUM Sexo: F  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: Palmas  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Santa Clara  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: Andressa Alves dos Santos  
 ENCAMINHADO POR: Gláucia / Alencar - IAP / Araguacema  
 PARA: HRP - Pediatria

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: Não HRP / falta pediatra

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? Não

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: CAINÇA / dispnéia

intensa

6 - Exame físico: ± RX / condicão - basi (H)

7 - Diagnóstico provável: POUMONIA

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

± Ampicilina 100 (1 dose)  
± NBI / SPO2

(AM-297)  
**Alencar**  
Obstetra

Deixe  
e  
~~encaminhe~~  
As 18:25



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Carlos de Oliveira da Silva Sexo: M  
Data Nasc.: 16.08.80 Natur.: Niracema TO  
CPF: 119.297.461-72 RG.: 430.447 SUS/CNS: 703.4041925023  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Tarumã  
Nome do Pai: José de Ribamar da Silva  
Nome da Mãe: Zulmira de Oliveira da Silva  
ENCAMINHADO POR: H.P.P.A. Manguacema  
PARA: HPP

## LAUDO MÉDICO

- Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Falta ortopedista
- Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de acompanhante? sim  
Justificar: \_\_\_\_\_
- História da doença atual: Acidente automobilístico (colisão lateral) - fratura de tíbia
- Exame físico: Fratura tíbia
- Diagnóstico provável: Fratura tíbia
- Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_  
Código (CID): \_\_\_\_\_
- Tratamento(s) realizados(s): analgesia / antibioticoterapia / curativo / dipirona
- Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Daniilo Alencar  
Ginecologista/Obsstetra  
CRM-TO 2972

16.08.80

intelectista:  
Elev. enf.: Zeneide

Idade: 18:25'



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: KARLA SILVA Sexo: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 ENCAMINHADO POR: Daniilo Alencar - HRP Araguacema  
 PARA: HRP - Cirurgias gerais

## LAUDO MÉDICO

- Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: FALTA CIRURGIAS
- Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM  
Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de acompanhante? NÃO  
Justificar: \_\_\_\_\_
- História da doença atual: \* dor + de + fúscia ilíaca (d) de forte intensidade
- Exame físico: \* ~~abdominal~~ dor a palpant
- Diagnóstico provável: \* Apendicite
- Código (CID): \_\_\_\_\_
- Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_
- Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_
- Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

AO CIRURGIÃO / APENDICITE

Daniilo Alencar  
Ginecologia/Obstetria  
CRM-TO 2972

01/07/2017

Zaqueu



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: ULONIA AULIAN da Silva Sexo: F  
 Data Nasc.: 24.12.1999 Natur.: Presidente Kennedy-TO  
 CPF: 015.015.721-60 RG.: 1.334.553-9SP-TO SÚS/CNS: 704.10501255 5850  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: P.A. Jarumã  
 Nome do Pai: José Filho Ferreira da Silva  
 Nome da Mãe: Francilene Pereira Lima  
 ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
 PARA: \_\_\_\_\_

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: HRP

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? ~~sim~~ sim

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: S2 PCI 12-405+10

lanha/ho d Ambr

6 - Exame físico: h=160 3 dilatao, cef, BI

7 - Diagnóstico provável: DU (+) BCF = 144

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): transm s2, (H)

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

no HRP obstetra

Daniela Alencar  
Ginecologista/Obstetra  
CRM TO 2972

WANDERL



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: CRISTIANE LUC DA SILVA Sexo: FEM  
 Data Nasc.: 02/07/1985 Natur.: ARAGUACEMA - TO  
 CPF: 033.786.957-02 RG.: 2068592-0 SUS/CNS: 2032588604640  
 Profissão: Da Mãe Endereço: PA da Mata  
 Nome do Pai: Antonio Tavares da Silva  
 Nome da Mãe: Marinácia Tavares da Silva  
 ENCAMINHADO POR: CLINICA MEDICA  
 PARA: OBSTETRÍCIA

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
 Justificar: ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: AMBULÂNCIA  
 Justificar: QUADRO CLÍNICO ATUAL

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
 Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim  
 Justificar: QUADRO CLÍNICO ATUAL

5 - História da doença atual: G6P4A1, DUM 30/10/16, UEG (3010317) - 17 semanas,  
IG: 39sem + 4d CONTRAÇÕES 1'-40' DIAM: 7cm, P.E. APRESENDO  
RCF: 148bpm D.U: FRACA + SANGRAMENTO

6 - Exame físico: \_\_\_\_\_

7 - Diagnóstico provável: TRABALHO DE PARTO / PARADA DE PROGRESSÃO

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): (-)

9 - Tratamento(s) realizados(s): ANALGESIA

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Dr. Alexander L. Pereira  
 CRM - TO 3976

03/07/2017

WALY KLAS



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Ana Beatriz Balbina B. Leite Sexo: F  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SÚS/CNS: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema  
PARA: HPP Paraiçu

### LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
Justificar: Necessita de ortopedista

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: Ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante?  
Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Até queixa de trauma de  
cotovelo há uma semana

6 - Exame físico: edema e limitação de movimento,  
do cotovelo

7 - Diagnóstico provável: fratura do rádio

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): Rx anexo  
Código (CID): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): Tipsoia

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Avaliação ortopédica

PRO TO - 05-08-17

*[Handwritten signature]*  
Maurício S. S. S.  
Cirurgião Geral  
CRM TO 137



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

WANDERLE

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Jefferson Pereira Silva Sexo: M  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema  
PARA: HRP Paraiso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: Necessita de ortopedista

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Trauma tornozelo e

6 - Exame físico: edema + limitação de movimentos

7 - Diagnóstico provável: fratura de malleolo medial e

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): Rx anexo

9 - Tratamento(s) realizados(s): Tala gessada

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Avaliação especial.

R50 - To - 05-08-12

Dr. Maurício S. Silva  
CIRURGIÃO GERAL  
CRM-TO 137





ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA N° 863 - CENTRO

WANDER

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Carlos de Oliveira da Silva Sexo: M  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema  
PARA: HR PParaiso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: Avaliação ortopédica

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Pt em tratamento de fratura

perna e c/ fixação externa complicada

desvio valgo do tornozelo @ após queda no bar

6 - Exame físico: acompanhado de dor

Justificar: \_\_\_\_\_

7 - Diagnóstico provável: Perda da redução?

Justificar: \_\_\_\_\_

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

Avaliação ortopédica

Justificar: \_\_\_\_\_

Araguacema - 06-08-17

Dr. Mauricio S. Silva  
Cirurgião Geral  
CRM-TO 177



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

WANDER

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Fernando Lucas Rodrigues da Silva Sexo: 03  
Data Nasc.: 11-09-13 Natur.: Parauapebas  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 83800417250838  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Stº Clara  
Nome do Pai: Jideli Cruz Rodriguez  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: H.P.P. Araguacema  
PARA: Hospital inf. de Palmas

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
Justificar: necessita de urgência perinatrica

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: substanciaie  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante?  
Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Mãe queixa de hematoquezia há ± 10 dias e possui o acompanhante de prolapso retal

6 - Exame físico: aus c/ presença de sangue

7 - Diagnóstico provável: Prolapso retal

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): Cuidados geral

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

Avaliação especializada

Araguacema - 06-08-13

Dr. Maudete Silva  
URGÊNCIA GERAL  
CRM-TO 137

WANDERLEY



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA N° 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: FRª Gouveia da Silva Sexo: r  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema  
 PARA: HRPP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Necessita de ortopedista

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: Ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Queda de pp altura

6 - Exame físico: Dor e limit. movimentos punho

7 - Diagnóstico provável: fratura 1/3 distal osso do antebraço

Código (CID): \_\_\_\_\_  
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): Rx anexo

9 - Tratamento(s) realizados(s): Tala + sintoma

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:  
Avaliação ortopedica

Araguacema - 06-08-17  
Dr. Manoel S. Silva  
CIRURGIÃO GERAL  
CRM-TO 137

Ag: 09:50  
Materia:   
Ulykias



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Rosilene Lias Santos Sexo: F  
Data Nasc.: 13/05/1990 Natur.: Ilhéus Ilhéus do T  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 898.0029.4936.4  
Profissão: Ilhéus Endereço: Rua Tapinapé  
Nome do Pai: Raimundo Pereira dos Santos  
Nome da Mãe: Marlene Lias dos Santos  
ENCAMINHADO POR: HPP Araguacema - Clínico geral  
PARA: HRP Ortopedista

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: NECESSIDADE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: ambulância

Justificar: PACIENTE GESTANTE + LESÃO CONTO-CONTUSA EM PÉ (D)

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: ACOMETIMENTO DE ESTRUTURAS PROFUNDAS

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTA + LESÃO CONTO-CONTUSA EM PÉ DIREITO

6 - Exame físico: EF: LESÃO CONTO-CONTUSA, 5cm, PROFUNDA COM ACOMETIMENTO TENDINHO

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

TRAUMATISMO EM JOVENS FLEXÕES PÉ

Código (CID): 5-96J

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): (-) PACIENTE GESTANTE

9 - Tratamento(s) realizados(s): ANALGESIA + CURATIVO COMPRESSIVO

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: AVALIAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Alexander L. Pereira  
CRM - TO 3976

10/08/17

Juliano



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: João Carlos Brito Sexo: M  
 Data Nasc.: ~~17-07~~ 16-11-86 Natur.: Araguacema TO  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: 811-303 SUS/CNS: 83800303199603  
 Profissão: Policial Civil Endereço: Im. Jaian  
 Nome do Pai: João Evangelista da Brito  
 Nome da Mãe: Ilonete A. P. Brito  
 ENCAMINHADO POR: CLINICA MEDICA  
 PARA: ORTOPEDIA

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
 Justificar: NECESSIDADE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: CARRO OU AMBULANCIA  
 Justificar: EXAME ESTÁVEL

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? (não) Sim  
 Justificar: LIMIT. MOVIMENTO + EXAME CLÍNICO URGENTE

4 - Há necessidade de acompanhante? NO  
 Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: LUXAÇÃO RECIDIVANTE DE OMBRO (E)

6 - Exame físico: LIMIT. MOVIMENTO

7 - Diagnóstico provável: LUXAÇÃO RECIDIVANTE OMBRO

Código (CID): M958

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): RASO-X OMBRO

9 - Tratamento(s) realizados(s): ANALGESIA + TENTATIVA DE REDUÇÃO  
 SUCESSO

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Dr. Alexander T. Pereira  
 CRM - TO 3976

110817

Zaqueu



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Alia Regina Alves de Santos Sexo: F  
 Data Nasc.: 21.04.77 Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 703404656657900  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 ENCAMINHADO POR: Hosp. de Araguacema  
 PARA: Hosp. Reg. Tanaro

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: Ausência de USG no Hospital

2 - Duração provável: 3h Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: monitoramento

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Ameaça / Suspeita de Aborto espontâneo

4 - Há necessidade de acompanhante? no

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Epitonte, 16/3/14, apresentando sangramento vaginal intenso e presença de coágulo em grande quantidade Relata dor leve leve BV.

6 - Exame físico: Ausência de BCF.

\* Obs: no medicados toque vaginal

7 - Diagnóstico provável: Ameaça / Suspeita de aborto.

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): Ex físico

9 - Tratamento(s) realizados(s):

SGS 2.500mg + Sint.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

Atendimento especializado e USG

selo

OBS: Atencão a Buscopan



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA N° 863 - CENTRO

*Suliano*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Leucine Costa dos Santos Sexo: M.  
Data Nasc.: 14/10/2005 Natur.: Brasileira  
CPF: 050541551-80 RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: Lucileide Souza Costa  
ENCAMINHADO POR: A PPA  
PARA: Hop. Paraisópolis - MRP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: S/ especialista

2 - Duração provável: 3h Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: trauma + Risco de Síndrome Compartimental

4 - Há necessidade de acompanhante? Não

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Pct apresentando a unidade inferior de acidente automobilístico, apresentando edema, impatiência de mto e pé. Relato de trauma. Neg. outras queixas.

6 - Exame físico: Edema de mto e pé

7 - Diagnóstico provável: trauma de mto e pé.

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): Rx mto e pé

9 - Tratamento(s) realizados(s): Dexametasona + Voltaren

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Assinatura do especialista

Thayane Araújo e Silva  
Médica  
CRM-TO 4327



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

W. A. R. O. E.

Paciente  
sem  
documentos

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Rogério dos Santos da Silva Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: 14/4/88 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
PARA: H. Reg. Osorio HRD

## LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: necessidade de avaliação por cirurgia
- 2 - Duração provável: 21h Transporte recomendável: ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sem  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 4 - Há necessidade de acompanhante? sem  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual: Paciente com ferimento por  
faca em região torácica D. Ao exame  
supressora da respiração, porém com  
ventilação espontânea, estável hemodinamicamente,  
estável hemodinamicamente, com MVG.
- 6 - Exame físico: estável hemodinamicamente,  
estável hemodinamicamente, com MVG.
- 7 - Diagnóstico provável: RSO2: 98%  
HCO2: 97% PA: 80/60 mmHg  
Código (CID): \_\_\_\_\_
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_
- 9 - Tratamento(s) realizados(s): oxigênio complementar,  
pressão 5% - 500ml,  
Manual. Icup E.
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_  
D: ferimento + faca região torácica D. (2cm)  
estável hemodinamicamente.



Wonderley



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Stephanny Victoria Pereira Sexo: F  
 Data Nasc.: 03.12.15 Natur.: Vila Rica  
 CPF: - RG.: - SUS/CNS: 898004910823494  
 Profissão: - Endereço: -  
 Nome do Pai: -  
 Nome da Mãe: M<sup>te</sup> Aparecida P. Reis Mendes  
 ENCAMINHADO POR: Hosp. PPA - Araguacema  
 PARA: Hosp. Reg. Parauibeiro HRP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: 51 especialista

2 - Duração provável: 2h Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: Necessidade de bolsa de O<sub>2</sub>.

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Recurrentes das crises convulsivas.

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: Monitorio da bolsa de O<sub>2</sub>.

5 - História da doença atual: linca apresentando crises convulsivas + agitação

por crise, seu controle com uso de medicação (Klozepam)  
Mãe relata Epilepsia p<sup>r</sup>

6 - Exame físico: REG, axilares, Taquicardia. Sat O<sub>2</sub> em Temp ambiente

7 - Diagnóstico provável: laxe convulsiva

Código (CID):

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias):

9 - Tratamento(s) realizados(s): Klozepam 0,3ml

O<sub>2</sub>.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

(Avaliação) do especialista

Thaylane Araújo e Silva  
Médica  
CRM-TO 4327

Zoquel + Pedro Cláudio



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Márcia de Espírito Santos Sexo: F  
Data Nasc.: 06/09/88 Natur.: Filodelfia  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 0.30406302005-8 SUS/CNS: 705200459834  
Profissão: Dobor Endereço: Rua Bahia  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: Melúcia de Espírito Santos  
ENCAMINHADO POR: HPPA  
PARA: \_\_\_\_\_

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: 51 especialista

2 - Duração provável: 12h Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: Necessidade de bolsa de O<sub>2</sub>

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Trabalho de parto em curso

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: Risco de nascimento em trânsito

5 - História da doença atual: gestante, 32 SGA, G3A0 P4 em trabalho de parto termo, Relata perda de líquido desde as 8da manhã.

6 - Exame físico: TV (no momento de admissão): 2 cu

7 - Diagnóstico provável: Em Trabalho de parto

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

Ex. físico

9 - Tratamento(s) realizados(s): encaminhado a Paraisópolis

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Avaliação do especialista

Thaylane Araújo e Silva  
Médica  
CRM-TO 4327



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

*Wam donley*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Isaçu M. Uandw Sexo: M  
Data Nasc.: 30.06.1950 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: 118.441.082-87 RG: 5393659-5SP-PA SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: Antônio Marcionílio Belandro  
Nome da Mãe: Maria Valência Belandro  
ENCAMINHADO POR: HPPA  
PARA: Hospital Regional de Parauapebas  
**LAUDO MÉDICO**

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: Falta de água

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? SIM

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Idoso hipertenso, diabético, com quadro de insuficiência cardíaca, em uso de medicação.

6 - Exame físico: PA: 110/50 FC: 100 RC: 17

APM - MUCOSA S. BR. S6, = 99%

7 - Diagnóstico provável: + AVC

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): hidratação, analgesia, oxigenação, suporte vital, monitorização.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

no clínico

CRM-TO 2972  
Ginecologista/Obstetra  
Damião

11-80-41





ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

JULIANO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Suly Pulina Lima Sexo: F  
Data Nasc.: 09-01-82 Natur.: Paraná  
CPF: 340.631.681-75 RG.: 3923844 SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: Tec. Enfermagem Endereço: Rua. São Pedro 11  
Nome do Pai: Sebastião P. Lima  
Nome da Mãe: Dominguinha P. Nunes  
ENCAMINHADO POR: H.R.P.A  
PARA: H.R.P.

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: falta usj indispensável

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? nao

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: gestante 34 PNU PC1 15 = 6 semanas

+ da abd intensa.

6 - Exame físico: \_\_\_\_\_

7 - Diagnóstico provável: gravidez ectópica!!!

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

no obstetra

15-08-17

Foguete e Zouaide

200 64 8 43461 0008

21:15



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Simone F. da Aelvia Sexo: fem  
 Data Nasc.: 20/08/00 Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: 074.464.691-02 RG.: 1.185.600 SÚS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: Oderodoto de Sousa e Silva  
 Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio Tere Louisa Trindade  
 ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio Médica CRM 3398-TO  
 PARA: Hosp. Reg. Paraisópolis

### LAUDO MÉDICO

- Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Necessidade avaliação por G.O.
- Duração provável: 2 1/2 h Transporte recomendável: ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de encaminhamento urgente?  
Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de acompanhante? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_
- História da doença atual: Part. adolescente com 35,5  
kg e 150cm coincide com 250. Desde  
cedo apresenta dor e contrações
- Exame físico: T. Vag: colo dilatado 3/4 cm.  
Dilatação uterina na vagina
- Diagnóstico provável: BCF: 150. 120/70 mmHg.  
BC: 82 bpm Código (CID): \_\_\_\_\_
- Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_
- Tratamento(s) realizados(s): At: Gestação pré-termo de 35,5  
Trabalho de parto pré-termo  
(Difusional RCV).
- Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Encaminhamento

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO

10/8/17



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

21/08/17

21:15

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Maíra Vieira da Silva Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO  
ENCAMINHADO POR: [Assinatura]  
PARA: Hosp. Reg. Paraiso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade

Justificar: necessidade de avaliação por G-0

2 - Duração provável: 21/2h Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim PA: 120/70

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: gest com 38.1 semana.

comparece com perda de líquido, pseudor.

6 - Exame físico: T. Vag. Colo dilatado 3cm, membr

7 - Diagnóstico provável: UA, nata

BCF: 148 - DV: 0/50 - I

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): AS: gest com 38.1 sem

T. Parto

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: libera liberar

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO

[Assinatura] 10/18/17

Obs: Não houve  
encaminhamento

~~WANDER~~



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Carlos Roberto Borges Sexo: masculino

Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
Médica CRM 3398 TO

PARA: Uesp. R. Paraíso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: Necessidade de avaliação por ortopedia

2 - Duração provável: 21h Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? —

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? Paciente com ferimento de FT

Justificar: de evolução, por ferimento. O mesmo tendeu

5 - História da doença atual: Foi realizada sutura parcial e  
fixação interna de tendão.

Decido encaminhar para avaliação

6 - Exame físico: lim. conservados

7 - Diagnóstico provável: lesão tendão não eq.

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Yudisley Guerrero Osorio

17/8/12

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 TO





ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA N° 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Carlos Roberto Borges Sexo: masculino  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO  
PARA: Uesp. R. Francisco

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Necessidade de avaliação por ortopedista

2 - Duração provável: 2h Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? —  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? Paciente com ferimento de IV  
Justificar: de evolução, por ferimento de IV

5 - História da doença atual: Foi realizada sutura parcial e  
fixação definitiva de tendão.  
Decido encaminhar para avaliação

6 - Exame físico: 100% conservados

7 - Diagnóstico provável: lesão tendão não eq.  
Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
17/8/12



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

Laquece

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Edvaldo Oliveira Rocha Junior Sexo: m  
Data Nasc.: 28/08/90 Natur.: Belém de Tocantins - TO  
CPF: 031.600.371-93 RG.: 1.037.766 SUS/CNS: 70500145957952  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Setor Aeroporto  
Nome do Pai: Edvaldo Oliveira Rocha  
Nome da Mãe: Maria da Provedença Rocha de Castro  
ENCAMINHADO POR: HPP  
PARA: HRP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: 2 falta d psiquiatra

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? nao

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: paciente tx usou d

droga, apresenta insônia + ~~ansiedade~~ ~~ansiedade~~  
sintomas de mania.

6 - Exame físico: Obs - nã melhorou w haldol / divalpr

7 - Diagnóstico provável: AO psiquiatra

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): + haldol / divalpr

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

AO psiquiatra

Danilo Alencar  
Ginecologista/Obstetrícia  
CRM-TO 2972

Zoguesu



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Ediuninha c. d. souza Sexo: F  
 Data Nasc.: 11/04/2000 Natur.: Colmeia - TO  
 CPF: 075.794981-97 RG.: J.368.032 SUS/CNS: 70620307548746  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Muriquitã  
 Nome do Pai: Emivaldo Correia Moura  
 Nome da Mãe: Luciene Sousa Moura  
 ENCAMINHADO POR: HPP  
 PARA: HRE 6

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: Falta Mediana

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? nao

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: S1 PD r2-47 SMMNN

bolson nota

6 - Exame físico: lv= rcb 1 pol pn , DU (-) BRT 3/3

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

bolson nota

Daniel Alencar  
Ginecologista/Obstetra  
CRM-TO 2972



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

WAXNER

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Maria Beatriz Coelho Sexo: F  
Data Nasc.: 24/06/36 Natur.: S.R. Maranhão  
CPF: 645200301-10 RG.: 150.986 SUS/CNS: 206611955080015  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Comandante Queiroz  
Nome do Pai: Antônio Coelho Sobrinho  
Nome da Mãe: Relvânia Beatriz de Jesus  
ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
PARA: \_\_\_\_\_

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade

Justificar: AUSENCIA DE EXAME SUBSIDIÁRIO PARA ELUCIDAR O DIAGNÓSTICO

2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: AMBULÂNCIA

Justificar: QUADRO CLÍNICO VIGENTE

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: POSSÍVEL DETERIORAÇÃO CLÍNICA

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: IDADE + QUADRO VIGENTE

5 - História da doença atual: PROBLEMA PONTIFORME DE DURA APRESENTANDO QUADRO DE HINOCHECIMA + HINOCESIA REFRATÁRIA A EXPLANSÃO VULMICA + ULCERA GRAU IV INFECTADA

6 - Exame físico: HINOCIVADO (3+K1) NOU-ROI AT ENF SEMPO ACÓTICA (H+K1) TAN MUD SEM AN, ABD INOCITE, ULCERA REIN (T) (T) - COM SECREÇÃO AMARELA DUA

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

Código (CID): E-110

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): (-) NÃO DISPONÍVEL NA DATA

9 - Tratamento(s) realizados(s): EXPLANSÃO VULMICA (50,8% + RINOLIN) ATENÇÃO (CETINOL) CURATIVO (ACOMITINA)

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Dr. Alexander L. Pereira  
CRM - TO 8976



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

Zaqueu K

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Jonas Luis Luis Sexo: M  
Data Nasc.: 20.01.54 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 150.870 SÚS/CNS: 2066119396300  
Profissão: barbeador Endereço: Roz. Nova Olinda - Praga  
Nome do Pai: Guilherme Pereira Leite  
Nome da Mãe: Rs Raimundo Pereira Santa  
ENCAMINHADO POR: H.P.P.  
PARA: H.P.P.

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: AO CIRURGIÃO

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: abd distendido / observado

intestinal / vômito

6 - Exame físico: + abd hip- timpânico

7 - Diagnóstico provável: obstrução intestinal III

Código (CID): \_\_\_\_\_

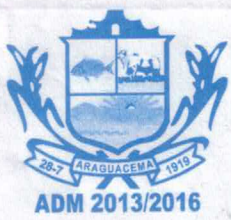
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

AO CIRURGIÃO

Daniela Almeida  
Ginecologista/Obsetrícia  
CRM-TO/2978



ESTADO DO TOCANTINS  
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
 HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
 FONE: (63) 3472-1163  
 RUA RUI BARBOSA N° 863 - CENTRO

*Wesley*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: DANIEL M. DA SILVA Sexo: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: 30/10/1999 Natur. Santa rjo das Barrerias - RJ  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: J. 185.000 SUS/CNS: 8008001023774668  
 Profissão: Estudante Endereço: PA novo lonaã  
 Nome do Pai: Inocencio monteiro chavier  
 Nome da Mãe: maria Eleonice da silva chavier  
 ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
 PARA: HPPA  
HGP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
 Justificar: + falta de oftalmologista

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
 Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM  
 Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO  
 Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: olho (L) corpo estranho no

6 - Exame físico: \_\_\_\_\_

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_  
 Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): + analgesico colírio / lampada

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: AO OFTALMOLOGISTA

Daniilo Alencar  
 Ginecologista/Obstetra  
 CRM-TO 2972



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

WANDER

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: José Fernandes Gregório Sexo: masculino  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
Medica  
CRM 3398 TO  
PARA: Hosp. Il. Paraíso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: necessidade de exames para  
confirmação

2 - Duração provável: 2/12 Transporte recomendável: ambulância

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Idoso, 87A, autem sofreu como

apresentou cepas de PA muito elevadas  
no dia de hoje foi realizado ECG, apresen

6 - Exame físico: tauxido sinais de isquemia e esta  
neveada de dia.

7 - Diagnóstico provável: Insuficiência Coronariana Aguda.

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): Ateralol  
AS + Clopidogrel.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

\* Estável, com PO2, 97%. Estável, hemod  
Ulcera de pressão unicamente  
sem dor prece  
debriso

Juliano

cas. 09.501



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

ALERTA  
DE PIREN

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Anna Paula P. dos Santos Sexo: F  
 Data Nasc.: 05/07/95 Natur.: Araguacema - TO  
 CPF: 052.809.203-42 RG.: 4.225.745 SUS/CNS: 106.210.19.64096  
 Profissão: do lar Endereço: Resquiro da Laidu  
 Nome do Pai: Waldecy Pereira Aquino  
 Nome da Mãe: Maria de Fatima dos S. Santana  
 ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
 PARA: Hosp. Reg. Paraiso

### LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.

Justificar: necessidade avaliação por G-0

2 - Duração provável: 21h Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Restante por (37.2 x USG) 2 cesarianas

ant, última cesaria no 1º GM. Comparado com cesarianas e dor.

6 - Exame físico: T. Mag. (alto permeabilidade) (115cm

bu: 2/10 (00seg). BCF: 148.

7 - Diagnóstico provável: PA: 130/80 mmHg.

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): Paracetamol.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

H: Próximos parto  
- cesaria ant.  
- possível pre parto

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO

0000 21/8/17

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica



Wanderley



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA N° 863 - CENTRO

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Pedro Alencar Freitas Sexo: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio  
 ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
 PARA: Hosp. Reg. Paraiso  
Médica CRM 3398 - TO

### LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: necessidade avaliação por atop.
- 2 - Duração provável: 216h Transporte recomendável: ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 4 - Há necessidade de acompanhante? nao  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual: paciente que sofreu queda  
comparece apresentando deformidade
- 6 - Exame físico: fratura na mão D.
- 7 - Diagnóstico provável: fratura mão D.  
Código (CID): \_\_\_\_\_
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_
- 9 - Tratamento(s) realizados(s): Tranquilizantes (5ml)
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO  
[Assinatura] 27/8/16

Juliano



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Paula Raissa Sousa Sexo: F  
 Data Nasc.: 24/03/1992 Natur.: Araguacema  
 CPF: 041.185.031-82 RG.: 1.116.564-55P/TO SÚS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: de lar. Endereço: Rua 28 de Julho, 5/11.  
 Nome do Pai: Didney Cruz Sousa  
 Nome da Mãe: Mario de Socorro Guimarães Ferviera Sousa  
 ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio CRM 3398-TO  
 PARA: Hosp. Paraíso

### LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: necessidade Avaliação por G.O.

2 - Duração provável: 01ho. Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Teste com J6: 40.35cm  
V DUM e 36cm x USB, com AD:  
37cm, Ho. 94 Ao P3 (coordenadas) última

6 - Exame físico: há 2 anos. Comparece com  
unidade de tubos, BCF: 148

7 - Diagnóstico provável: DM: 0/10

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): Buscapan.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

27/8/2017

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398-TO

Juliana



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: José Filho R. dos Santos Sexo: M  
 Data Nasc.: 07/03/90 Natur.: Goiandense - TO  
 CPF: 050.907311-52 RG.: 1.206.775 2ª Via SUS/CNS: 109 20923053 903  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Mouraquetom  
 Nome do Pai: José Grajano Ribeiro  
 Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio Médica CRM 3398 - TO Ruzia Santos Ribeiro  
 ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
 PARA: Hsp. Paraíso

### LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.**  
Justificar: necessidade avaliação por Ortopedia
- 2 - Duração provável:** \_\_\_\_\_ **Transporte recomendável:** \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente?** não  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 4 - Há necessidade de acompanhante?** não  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual:** traumatismo de ESq, a pxe. sentando fratura falange. proxi-
- 6 - Exame físico:** mal.
- 7 - Diagnóstico provável:** fratura falange.  
Código (CID): \_\_\_\_\_
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias):** \_\_\_\_\_
- 9 - Tratamento(s) realizados(s):** Reposição  
fratura
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:** \_\_\_\_\_

28/8/2017

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO

Ambulatório  
Juliano



REG. 2015 / 2016

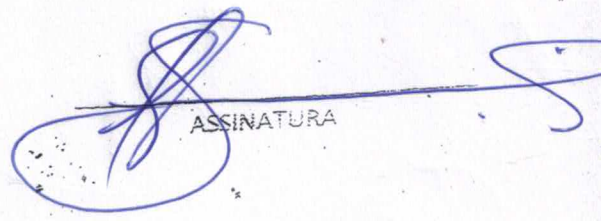
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: ESTEVAN NERES IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 25 08 / 2017  
ENCAMINHADO PARA: PALMAS  
HORÁRIO DE SAÍDA: 09:12 h HORÁRIO DE CHEGADA: 18:42 h  
MOTORISTA: JULIANO TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

01, 09 / 2017

  
ASSINATURA

*Ambulatorial  
Juliano*



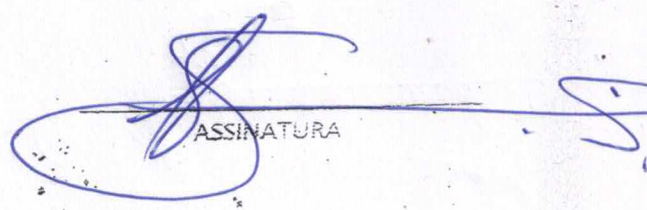
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: TIRRE IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 22 / 08 / 2017  
ENCAMINHADO PARA: PALMAS  
HORÁRIO DE SAÍDA: 08 : 30 h HORÁRIO DE CHEGADA: 21 / 41 h  
MOTORISTA: JULIANO TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

01 / 09 / 2017

  
ASSINATURA

Ambrósio  
Juliano



2023 / 2018

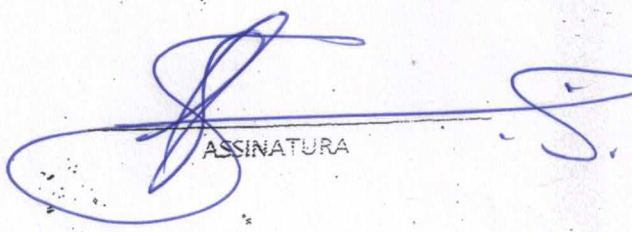
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: ALCIONE CASTRO SOARES IDADE \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA: 16 08 / 2017  
ENCAMINHADO PARA: PALMAS  
HORÁRIO DE SAÍDA: 04:22 h HORÁRIO DE CHEGADA: 18 42 h  
MOTORISTA: JULIANO TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

01, 09 / 2017

  
ASSINATURA

Ambrulo Tonal  
Juliano



R. 021 - 2013 / 2018

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: FRANCISQUINA E GLAUCIA IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 02 / 08 / 2017  
ENCAMINHADO PARA: PACMAS  
HORÁRIO DE SAÍDA: 04:12 h HORÁRIO DE CHEGADA: 17:41 h  
MOTORISTA: JULIANO TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

09.087 / 2017

  
ASSINATURA



Wanderley

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Isaçu M. Lima Sexo: M

Data Nasc.: 30.06.1950 Natur.: \_\_\_\_\_

CPF: 118.441.082-87 RG: 53.930.59-55 P-VI SUS/CNS: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: Antônio Maranhão

Nome da Mãe: Maria Valéria

ENCAMINHADO POR: HPPA

PARA: Hospital Regional de Parauapebas

### LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:

Justificar: FALTA DE VESTIBULAR

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? SIM

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: 10/52 a partir de 1990

quando d. aneurisma de aorta

consequência de hipertensão arterial

6 - Exame físico: PA 110/80

SEM MUDANÇAS

7 - Diagnóstico provável: AVC

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): medicamentos

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

14-08-17





*Juliano*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Leucie Costa dos Santos Sexo: M  
Data Nasc.: 14/02/1983 Natur.: BRASILEIRA  
CPF: 0505451780 RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CMS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
PARA: Unidade de Saúde HRP

## LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:  
Justificar: Sf. mediana
- 2 - Duração provável: 1 dia Transporte recomendável: ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: paciente com dor abdominal e vômito
- 4 - Há necessidade de acompanhante? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual: paciente com dor abdominal súbita, localizada no quadrante inferior direito, com duração de 1 hora, associada a náusea e vômito.
- 6 - Exame físico: paciente consciente, orientado, com dor abdominal localizada no quadrante inferior direito.
- 7 - Diagnóstico provável: Sf. mediana  
Código (CID): \_\_\_\_\_
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): Rx. abd. sup.
- 9 - Tratamento(s) realizados(s): analgesia e hidratação
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

13-08-17

Thaylane Araújo e Silva  
Médica  
CRM-TO 4327



ADM 2013/2016

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

Juliano

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Jorde Telma Brito Sexo: M  
 Data Nasc.: ~~27-07~~ 16-11-86 Natur.: Araguacema  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 818-302 SUS/CNS: 230020196  
 Profissão: Policial Civil Endereço: Rua Teia  
 Nome do Pai: João Evangelista da Brito  
 Nome da Mãe: Leonete R. P. Brito  
 ENCAMINHADO POR: CLINICA MEDICA  
 PARA: ORTOPEDIA

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:

Justificar: NECESSIDADE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: CARRO OU SMELTON

Justificar: EXAME ESTÁVEL

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? (NÃO) SIM

Justificar: LIMIT. MOVIMENTO + EXAME CLÍNICO URGENTE

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: LUXAÇÃO RECORRENTE DE OMBRO (E)

6 - Exame físico: LIMIT. MOVIMENTO

7 - Diagnóstico provável: LUXAÇÃO RECORRENTE OMBRO

Código (CID): M558

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): RASO-X OMBRO

9 - Tratamento(s) realizados(s): ANALGÉSICO + FISIOTERAPIA DE ALTO VOLTA  
SUCCESSO

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Dr. Alexander T. Pereira  
CRM - TO 3976

110817



R. 022 - 2015 / 2016

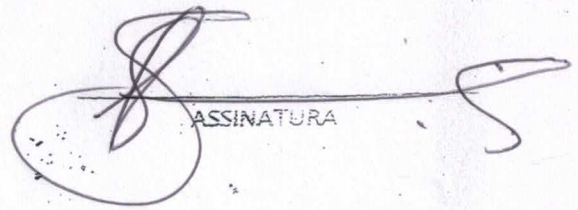
**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: JORGE A. BRITO IDADE \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA: 11.08 2017  
 ENCAMINHADO PARA: PARAISO.  
 HORÁRIO DE SAÍDA: 06:12 h HORÁRIO DE CHEGADA: 18:21 h  
 MOTORISTA: JULIANO TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15.08 2017

  
 ASSINATURA



R. 022 - 2013 / 2015

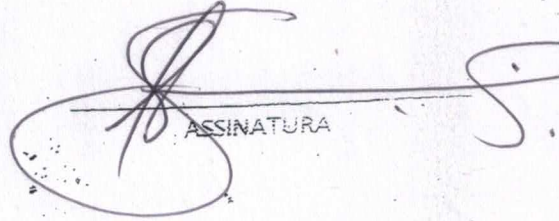
**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: LUCIA COSTA DOS SANTOS IDADE \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA: 13 / 08 / 2015  
 ENCAMINHADO PARA: PARAISO  
 HORÁRIO DE SAÍDA: 05 : 45 h HORÁRIO DE CHEGADA: 18 / 12 h  
 MOTORISTA: JULIANO TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

15 / 08 / 2015

  
 ASSINATURA



Juliano

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Rhuan Carlos da Almeida Sexo: Masculino  
Data Nasc.: 01/08/1997 Natur.: Brasileira  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO  
PARA: \_\_\_\_\_

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na qualidade.  
Justificar: necessidade de avaliação psiquiátrica

2 - Duração provável: 2h Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: paciente de 19 anos e 2ª. Relata  
que teve início com quadro de  
ansiedade e fobia (medo) há 3 dias

6 - Exame físico: sem alterações físicas  
devido a sua idade e características físicas

7 - Diagnóstico provável: ansiedade Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): Exames de  
laboratório e imagem (FD e F

9 - Tratamento(s) realizados(s): foi administrado beta má: gabapentina  
100mg.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: beta má

HD: fibrose da bexiga??  
fleoparalítico??

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO

14-08-17



RES. 2005 / 2010

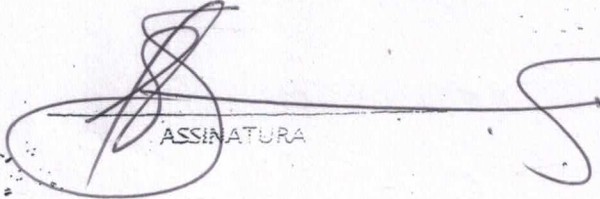
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: RHYAN CARLOS DE OLIVEIRA IDADE \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA: 14 08 2017  
ENCAMINHADO PARA: PARAISO  
HORÁRIO DE SAÍDA: 09:10 h HORÁRIO DE CHEGADA: 21:45 h  
MOTORISTA: JULIANO TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

15, 08, 2017

  
ASSINATURA



Juliano

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Sully PERREIRA Lima Sexo: Masculino  
Data Nasc.: 10/06/92 Natur: Brasileiro  
CPF: 942.61.615 RG: 3323899 SUS/CMS:  
Profissão: Técnico de Laboratório Endereço: Rua ...  
Nome do Pai: ...  
Nome da Mãe: ...  
ENCAMINHADO POR: ...  
PARA: A. G. P.

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:

Justificar: Falta de USG, lab, etc.

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? Não

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Sistema digestivo PAU 129 15/08/17

do abd. inferior.

6 - Exame físico: \_\_\_\_\_

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

gastrite, colite

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

no obstetra

15/08/17

[Assinatura]  
Especialista em Gastroenterologia



RES. 2015 / 2016

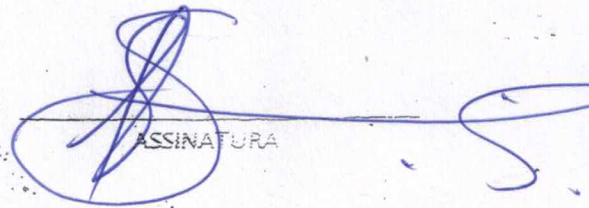
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: SUELY PERREIRA LIMA IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 15 08 2017  
ENCAMINHADO PARA: PARAISO  
HORÁRIO DE SAÍDA: 07:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 22 40 h  
MOTORISTA: TULIANO TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

02 09 / 2017

  
ASSINATURA





Juliano  
~~Alcides~~  
~~...~~

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Ana Paula P. dos Santos Sexo: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: 05/07/95 Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: 052.809.203-42 RG: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: do lar Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: Waldemar Pereira Lourenço  
 Nome da Mãe: Patricia dos S. Sombria  
 ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
 PARA: Hosp. Reg. Parauzo

## LAUDO MÉDICO

- Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:  
 Justificar: necessidade avaliação por G-O
- Duração provável: 21h Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de acompanhante? Sim  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- História da doença atual: Restante por (35,4 x DM) 2 exames  
 act, última cesárea no 1º e 2º. Acompanhante  
 com alterações no dor.
- Exame físico: T. Mag. (alto bem-estar) (1150  
 br: 2/10 (20seg). BCF: 148.  
 PA: 130/80 mmHg
- Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_  
 Código (CID): \_\_\_\_\_
- Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): \_\_\_\_\_
- Tratamento(s) realizados(s): Paracetamol
- Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Yudisley Guerrero Osorio  
 Médica  
 CRM 3398 - TO

Dr. Priscilla Porto  
 - cesárea act.  
 - possível 1º e 2º parto

all 21/8/17

Yudisley Guerrero Osorio  
 Médica  
 CRM 3398 - TO Gráfica & Editora Tocantins - 63 3561-17



R. 022 - 2010 / 2010

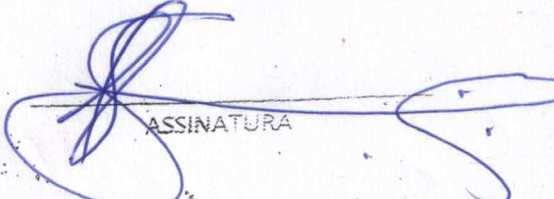
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: Ana Paula P. dos Santos IDADE \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA 21.08 2017.  
ENCAMINHADO PARA: PARAISO.  
HORÁRIO DE SAÍDA: 07:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 20:00 h  
MOTORISTA: \_\_\_\_\_ TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

01.09 / 2017

  
ASSINATURA

Juliano



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA N° 863 - CENTRO

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Paula Raissa Sousa Sexo: F  
 Data Nasc.: 24/03/1992 Natur.: Araguacema  
 CPF: 041.185.031-82 RG.: 1.116.564.55P/TO SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: de lar. Endereço: Rua 28 de Julho, 5/11.  
 Nome do Pai: Sidney Cruz Sousa  
 Nome da Mãe: Mario de Socorro Guimarães Górvia Sousa  
 ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
 PARA: Hosp. Municipal

### LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:  
 Justificar: necessidade Avaliação por g-0.

2 - Duração provável: 01h. Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
 Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? \_\_\_\_\_  
 Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_  
 Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: lesão de cor, TB: 40.35cm  
 VDUN e 36.5cm x 050, com 10  
 37cm, HO. 94 Ao P3 (coordenadas) última

6 - Exame físico: há 2 anos. Comparado com  
 última da tuberculose. BCF: 1

7 - Diagnóstico provável: Tub: 0110  
 Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): Buscapone

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

27/8/2017

Yudisley Guerrero Osorio  
 Médica  
 CRM 3398 - TO



R. 001 - 2012 / 2013

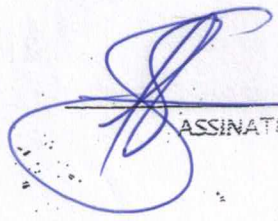
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: PAULA RAÍSSA SOUSA IDADE: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 27 08 2017  
 ENCAMINHADO PARA: PARAÍSO  
 HORÁRIO DE SAÍDA: 08 : 45 h HORÁRIO DE CHEGADA: 21 50 h  
 MOTORISTA: TULIANO TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

01.09.17

  
 ASSINATURA



Juliano

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: José Filho R. dos Santos Sexo: M  
Data Nasc.: 07/03/90 Natur.: Gaonante - TO  
CPF: 050.907311-52 RG.: 1.206.775 2ª Via SUS/CNS: 10920923058  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Muriquetom  
Nome do Pai: José Guajano Ribeiro  
Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio Médica CRM 3398-TO Ruzia Santos Ribeiro  
ENCAMINHADO POR: [Assinatura]  
PARA: H.S.P. Parauzo

## LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
Justificar: necessidade de atendimento em Araguacema
- 2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? nao  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 4 - Há necessidade de acompanhante? nao  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual: trauma causado por ESS, com  
deutro fratura falange prox
- 6 - Exame físico: mal.
- 7 - Diagnóstico provável: fratura falange  
Código (CID): \_\_\_\_\_
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_
- 9 - Tratamento(s) realizados(s): Rebocoso  
+ imobilização
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

28/8/2017

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO



REC. 2005 / 2010

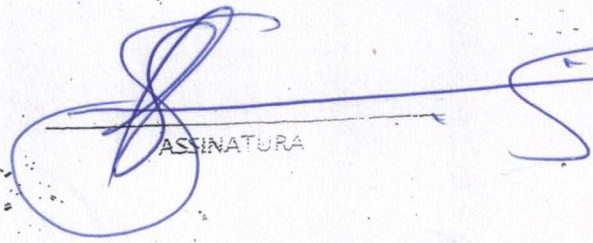
**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: JOSE FILHO R. DOS SANTOS IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 28 08 2017  
ENCAMINHADO PARA: PARAISO  
HORÁRIO DE SAÍDA: 08:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 21 43 h  
MOTORISTA: \_\_\_\_\_ TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO DE VIAGEM**

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

01 09 2017

  
ASSINATURA



R. 2023 / 2016

**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

*[Handwritten mark]*

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 14.08 2017  
 ENCAMINHADO PARA: PARAISO  
 HORÁRIO DE SAÍDA: 06:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 21:00  
 MOTORISTA: VANDERLEY TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM:

VIAGEM TRANQUILA

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

05.02 2017

*[Handwritten Signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA



Wanderley

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Jefferson Pereira Silva Sexo: M  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema  
 PARA: HRP Paraisópolis

## LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:  
 Justificar: Necessária de ortopedista
- 2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: ambulância  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- 4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual: Trauma torçozelo L
- 6 - Exame físico: edema + limitação de movimento
- 7 - Diagnóstico provável: fratura de malleolo medial L
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): \_\_\_\_\_ Código (CID): \_\_\_\_\_  
Rx anexa
- 9 - Tratamento(s) realizados(s): Tala gessada
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Avaliação especial

HPO - TO - 05-08-12





REC. 2013 / 2018


ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: JEFFERSON IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 05 / 08 / 2017  
ENCAMINHADO PARA: PARAISO TO  
HORÁRIO DE SAÍDA: 06:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 19:00 h  
MOTORISTA: WANDERLEY TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

05 / 09 / 2017

  
\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

070



Wanderley

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: CRISTIANE LUC DA SILVA Sexo: FEM  
 Data Nasc.: 02/07/1985 Natur.: ARAGUACEMA - TO  
 CPF: 032.786.357-02 RG.: 106 SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: 6115  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 ENCAMINHADO POR: CLÍNICA MÉDICA  
 PARA: OBSTETRÍCIA PALMAS

## LAUDO MÉDICO

- Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:  
 Justificar: ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
- Duração provável: (-) Transporte recomendável: AMBULÂNCIA  
 Justificar: QUADRO CLÍNICO ATUAL
- Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de acompanhante? Sim  
 Justificar: QUADRO CLÍNICO ATUAL
- História da doença atual: G6PN4A1, DUM 30/10/16 UEG (J010317) - 17 semanas,  
IG: 39sem + 4d CONTRAÇÕES 1'-40" DILAT: 7cm, ES. APRESENTA  
RCF: 148bpm D.U: FALSA + ENCAMINHADO
- Exame físico: \_\_\_\_\_
- Diagnóstico provável: TRABALHO DE PARTO / PARTIDA DE PROGRESSÃO  
 Código (CID): \_\_\_\_\_
- Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): (-)
- Tratamento(s) realizados(s): ANALGESIA
- Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Dr. Alexander A. Pereira  
 CRM - TO 3976

03/08/2017



R 026 - 2013 / 2018

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: CRISTIANO

IDADE

ENDEREÇO

DATA 03/08 /2017

ENCAMINHADO PARA: PALMAS TO

HORÁRIO DE SAÍDA: 05:00 h

HORÁRIO DE CHEGADA: 19:00 h

MOTORISTA: WANDERLEY TEC. ENF. ACOMPANHANTE:

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

05/109 /2017

WANDERLEY

ASSINATURA



*Wanderley*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Carlos de Oliveira da Silva Sexo: M  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema  
PARA: HR PParaiso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
Justificar: Avaliação ortopédica

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: Ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Pt em tratamento de fratura  
perna e fixação externa complicada  
desvio valgo do tornozelo após queda no

6 - Exame físico: acompanhado de dor

7 - Diagnóstico provável: Perda da redução

\_\_\_\_\_ Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:  
Avaliação ortopédica

Araguac - 06-08-17



## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Fernando Lucas Rodrigues da Silva Sexo: 0  
Data Nasc.: 11-09-13 Natur.: Parauzo  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 838009172505

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Sts Clara

Nome do Pai: Jideli Cruz Rodriguez

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: H.P.P. Araguacema

PARA: Hospital inf. de Palmas

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento no local:

Justificar: necessita de cirurgia perianal

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: ambulância

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Mãe queixa de hematoquezia

± 10 dias e possui acompanhante de  
prolapso retal

6 - Exame físico: aus. c/ presença de sangue

7 - Diagnóstico provável: prolapso retal

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): Cuidados geral

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

Avaliação especializada

Araguacema - 06-08-17



R 022 - 2012 / 2016

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 06.08/2017  
ENCAMINHADO PARA: H. INF. PALMIAS HORÁRIO DE CHEGADA: 21.00 h  
HORÁRIO DE SAÍDA: 09:00 h  
MOTORISTA: WANDERLEY TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

05.10.2017

  
ASSINATURA



Wanderley

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Stephanny Vitória Pereira Sexo: F  
 Data Nasc.: 03.12.15 Natur.: Vila Rica  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 8480049108234  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: Mª Aparecida R. Pinheiro  
 ENCAMINHADO POR: Hosp. PPA - Araguacema  
 PARA: Hosp. Reg. Araguacema HEP

## LAUDO MÉDICO

- Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
 Justificar: SI especialista
- Duração provável: 2h Transporte recomendável: ambulância  
 Justificar: Acidente de bola de O2.
- Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
 Justificar: Reação dos olhos vermelhos
- Há necessidade de acompanhante? sim  
 Justificar: monoxio da bola de O2.
- História da doença atual: criança apresentando crises convulsivas + febre  
 recorrente sem controle com uso de medicação (fenitoína)  
 não está Epilepsia p
- Exame físico: REC, agitado, Toque normal
- Diagnóstico provável: crise convulsão
- Código (CID): \_\_\_\_\_
- Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_
- Tratamento(s) realizados(s): Keppon 0,5ml  
 O2.
- Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:  
(Avaliação) do especialista

Thaylane Araújo e Silva  
 Médica  
 CRM-TO 4327  
 13-08-17



REC. 2013 / 2013


**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA: 07 / 08 / 2017  
ENCAMINHADO PARA: PALMAS TO  
HORÁRIO DE SAÍDA: 04:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 19:00 h  
MOTORISTA: WANDERLEY TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

05/08/2017

  
ASSINATURA





Wandere

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Frei Gerson da Silva Sexo: M  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema  
PARA: LIRPP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
Justificar: Necessita de ortopedista

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: Ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante?  
Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Queda de pp altura

6 - Exame físico: Dor e limit. movimentos punho

7 - Diagnóstico provável: fratura 1/2 distal osso do ant.

Código (CID): \_\_\_\_\_  
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): Rx anexo

9 - Tratamento(s) realizados(s): Tala + sintomát.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

Avaliação ortopédica

Araguacema - 06-08-17

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
ARAGUACEMA  
CRM-TO 137



2017

**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: ERAR GOMES IDADE: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 05 08 2017  
 ENCAMINHADO PARA: PARAISO TB  
 HORÁRIO DE SAÍDA: ~~00:00~~ h 23:40 HORÁRIO DE CHEGADA: 14:00  
 MOTORISTA: WANDERLEY TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: 14:20  
~~00:00~~

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

---



---



---



---

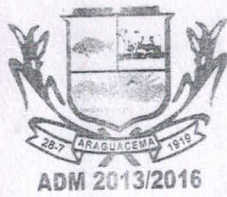


---

05.08.2017

ASSINATURA

80



Wanderley

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Maria Geonília Calho Sexo: F  
Data Nasc.: 24/06/36 Natur.: S.R. Monique  
CPF: 645200301-10 RG.: 150.986 SUS/CNS: 20661195508  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Comandante Queiroz  
Nome do Pai: Antônio Calho Sobrinho  
Nome da Mãe: Petronilha Geonília de Jesus  
ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
PARA: PALMAS

## LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:  
Justificar: AUSENCIA DE EXAME SUBIDIÁRIO PARA ELUCIDAR O DIAGNÓSTICO
- 2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: AMBULÂNCIA  
Justificar: QUADRO CLÍNICO VIGENTE
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: POSSÍVEL DEGRADAMENTO CLÍNICO
- 4 - Há necessidade de acompanhante? Sim  
Justificar: IDADE + QUADRO VIGENTE
- 5 - História da doença atual: PRURITE PONTIFORME DE DURA APRESENTANDO QUADROS  
HISTÓRICAMENTE + HIPOTENSÃO SISTÓLICA A EXAMES LOCAIS + ULCERA  
INFECTADA
- 6 - Exame físico: HIPOCÓNDRIO (3+K1) NOU- RCI 2º ENF SERVO RÓTICO (4+K1) LAD  
SEM AR, ABC- INOCENTE, ULCERA PELE (1) (TUBERCULO) - COM SECREÇÃO PURULENTA
- 7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_  
Código (CID): E-110
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): (-) NÃO DISPONÍVEL NA DATA
- 9 - Tratamento(s) realizados(s): EXPOSIÇÃO LOCAL (500 mg + RINGIERA) ANTIBIÓTICO (C  
CURATIVO (INDEFINIDO)
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Dr. Alexander

CRM - TO 3

Gráfica & Editora Tocantins

18-08-17



R. 202 - 2010 / 2018

**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: MARIA L IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 18 08 2017  
ENCAMINHADO PARA: PALMAS  
HORÁRIO DE SAÍDA: 08:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 23 00 h  
MOTORISTA: WANDERLEY TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

05 09 2017

ASSINATURA



Wanderley

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: DANIEL M. DA SILVA  
 Data Nasc.: 30/10/1999 Natur: Santa rjº das Barreiras  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: J. 185.000 SUS/CNS: 808 0010 2 377 46 6  
 Profissão: Estudante Endereço: PA Nova Lona  
 Nome do Pai: Inocencio Monteiro e chavier  
 Nome da Mãe: Maria Eleonice da Silva e chavier  
 ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
 PARA: HPPH  
HGP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade

Justificar: + falta de especialista

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: compo e hant

oito (8)

6 - Exame físico: \_\_\_\_\_

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): 1 ANÁLISE DE URINA / 1 ANÁLISE DE SANGUE

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

AO Otorrinolologista

Danilo Alex  
 Ginecologista/Obs.  
 CRM-TO 2972

19-08-17



R. 022 - 2013 / 2016

**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: DANIEL SILVA IDADE: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 19 08 2017  
 ENCAMINHADO PARA: UF P. PALMAS  
 HORÁRIO DE SAÍDA: 06:00h HORÁRIO DE CHEGADA: 21 00  
 MOTORISTA: WANDERLEY T. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

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

05.109.12017

ASSINATURA



## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: José Fernandes Gregório Sexo: Mas  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
 PARA: Dr. R. Paraiso

### LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade  
 Justificar: Necessidade de exames para  
confirmação

2 - Duração provável: 21/2 Transporte recomendável: ambulância  
 Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente?  
 Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante?  
 Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Idoso, 87A, autem subite de  
la mesentou a tras de PA muito elevada  
no dia de hoje foi medicado com a pom

6 - Exame físico: ausência de sinais de isquemia e  
neveadação.

7 - Diagnóstico provável: Insulto coronariano agudo.  
 Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias):  
ECG.

9 - Tratamento(s) realizados(s): Acevalal  
AAS + Clopidogrel.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:

\* Estável, com PSOr, 97%. Estável, com  
Uso de insulina Uso de insulina  
sem alterações sem alterações  
em peso em peso

Yudisley Guerrero Osorio  
 Médica  
 CRM 3398 - TO

Gráfica & Editora Tocantins - 63 33  
 21/8/2017



REG. 2015 / 2016

**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: JOSE F IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 21 08 2017  
ENCAMINHADO PARA: HRP  
HORÁRIO DE SAÍDA: 09:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 23:00  
MOTORISTA: WANDERLEY TÍT. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

05.09.2017

[Signature]  
ASSINATURA





*Wanderley*

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

Nome: Pedro Alceuia Freitas  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio  
 ENCAMINHADO POR: Med. Ros. Barroso  
 PARA: UROP. RES. BARROSO

**LAUDO MÉDICO**

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento:  
 Justificar: necessidade de avaliação por ortoped
- 2 - Duração provável: 02h Transfere responsabilidade: ambulância  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- 4 - Há necessidade de acompanhante? nao  
 Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual: paciente que sofreu queda  
ambula e apresenta dor de movimento
- 6 - Exame físico: fratura na mão D.
- 7 - Diagnóstico provável: fratura mão D.  
 Código (CID): \_\_\_\_\_
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): \_\_\_\_\_
- 9 - Tratamento(s) realizados(s): Tranquila (SM)
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Yudisley Guerrero Osorio  
 Médica  
 CRM 3398 - TO  
*(assinatura)* 27/8/16



RES. 2015 / 2015

**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: PEDRO IDADE \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA: 27 08 2017  
ENCAMINHADO PARA: PARAISO  
HORÁRIO DE SAÍDA: 05:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 21 04  
MOTORISTA: WANDERLEY TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TORANBUCA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

05 10 2017

ASSINATURA

TC

*Ambulatório  
Wanderley*



R. 001 - 2022 / 2016

**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: AMBULATORIA IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDERECO: \_\_\_\_\_ DATA: 01.08 2017  
ENCAMINHADO PARA: PALMAS  
HORÁRIO DE SAÍDA: 04:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 21:00 h  
MOTORISTA: WANDERLEY TEC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

05.10.9 2017

  
ASSINATURA

*Am bulato*  
*Wanderley*



R. 001 - 2015 / 2016

**ESTADO DO TOCANTINS**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA**  
**CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)**

NOME DO PACIENTE: AMBULATORIAL  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 04 08 2017  
ENCAMINHADO PARA: PALMAS  
HORÁRIO DE SAÍDA: 05:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 23 00 h  
MOTORISTA: WANDERLEY TEC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

05 09 2017

  
ASSINATURA

Wanderley



REC. 2005 / 2016

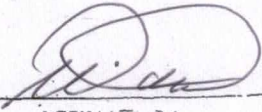
ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: AMBULATORIAL IDADE \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA 22 08 2017  
ENCAMINHADO PARA: PANAMA  
HORÁRIO DE SAÍDA: 09:00 h HORÁRIO DE CHEGADA: 23 00 h  
MOTORISTA: WANDERLEY TEL. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM TRANQUILA

05.10.9 2017

  
ASSINATURA

26/08/17  
AS 18:25



ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
FONE: (63) 3472-1163  
RUA RUI BARBOSA Nº 863 - CENTRO

Reyree

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Carlos Oliveira  
 Data Nasc.: 16.08.80 Nat.: Niracema TO  
 CPF: 119.297.461-72 RG.: 430.447 SUS/CNS: 703.40419250  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Tarumã  
 Nome do Pai: Jose de Ribamar da Silva  
 Nome da Mãe: Zulmira de oliveira da Silva  
 ENCAMINHADO POR: H.P.P.A. Manguoem  
 PARA: HRP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento de qualidade:

Justificar: FALTA de exames

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? \_\_\_\_\_

Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? sim

Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: II. CARCINOMA invasivo de mama

⇒ NCD - metastático (metá)

6 - Exame físico: FAVIAN - mama direita

7 - Diagnóstico provável: carcinoma de mama

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): tratamento com quimioterapia / radioterapia

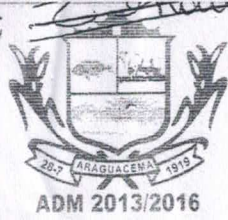
metastático SDC

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

Centro Municipal de Diagnóstico e Psicofarmacologia  
ARAGUACEMA - TOCANTINS

16.08.17  
01-08-17

Rec. enf.



### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: KAIGUA SILVA Sex: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 ENCAMINHADO POR: Daniilo Alencar - HRP Araguacema  
 PARA: HRP - Cirurgia geral

### LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:  
 Justificar: Falta cirurgião

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
 Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM  
 Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO  
 Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: + dor fossa ilíaca @ de fort intensidade

6 - Exame físico: \* ~~Abdominal~~ dor a palpacão

7 - Diagnóstico provável: \* Apendicite

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

AO CIRURGIÃO / Apendicite

Daniilo Alencar  
Ginecologista/Obstetra

03/08/2017 CRM-TO 1372



ABR. 2013 / 2018

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: Carlos Oliveira IDADE \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO \_\_\_\_\_ DATA 01 08 /2017  
 ENCAMINHADO PARA: HRD  
 HORÁRIO DE SAÍDA: 12 : 25 h HORÁRIO DE CHEGADA: 00 : 20 h  
 MOTORISTA: Raposo TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: Zeneide

RELATÓRIO DE VIAGEM

Fizjer no encaminhamento levando  
(02) Dois paciente do HPP Araguacema  
para o Hosp. Ref. Paraiso Carlos Oliveira  
e Karla Silva no dia 01-08-2017  
acompanhados pelo Tec Zeneide.

31 / 08 /2017

Raposo B. de Souza  
 ASSINATURA





Walcythos

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Ana Beatriz Balbina B. Leite Sexo: F  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: HAP - Araguacema  
PARA: HIPP Paraiso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade:  
Justificar: Necessita de ortopedista

2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: Ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_

4 - Há necessidade de acompanhante? \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_

5 - História da doença atual: Até queixa de trauma de  
cotovelo há uma semana

6 - Exame físico: Edema e limitação de movimento  
do cotovelo

7 - Diagnóstico provável: Fratura do rádio

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): Rx anexo  
Código (CID): \_\_\_\_\_

9 - Tratamento(s) realizados(s): Tiposo

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:  
Avaliação ortopédica

RFO TO - 05-08-17



R. 2015 / 2015

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTOS)

NOME DO PACIENTE: ANA BEATRIZ IDADE: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ DATA: 05 / 08 / 2015  
 ENCAMINHADO PARA: HCP PARNAS  
 HORÁRIO DE SAÍDA: 12:41 h HORÁRIO DE CHEGADA: 02:16 h  
 MOTORISTA: Walyklla TÉCN. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO DE VIAGEM

CRIANÇA COM SUSPEITA DE FRATURA NO COTIVELLO  
MAS RETORNAR COM FRATURAS LU X ACAD

05 / 09 / 2015

Walyklla  
 ASSINATURA