

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE ARAGUACEMA  
CONTROLE MENSAL DE ENCAMINHAMENTOS

Ano: 2014

Mês: 12  
Dezentos

| DATA  | PACIENTE ENCAMINHADO     | DEST./HOSPITAL | MOTONISTA | TÉC. ENFERMAGEM | SAÍDA | CHEGADA | ENTREGA | ASSINATURA |
|-------|--------------------------|----------------|-----------|-----------------|-------|---------|---------|------------|
| 03/12 | Mrs. da Cruz E. de F. de | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 05:03 | 21:31   | /       |            |
| 04/12 | Adriana Mag. de Sousa    | Delmas HPS     | Juliana   | 7               | 11:14 | 10:30   | /       |            |
| 05/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 05:21 | 21:45   | /       |            |
| 06/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 04:40 | 18:30   | /       |            |
| 07/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 07:20 | 20:00   | /       |            |
| 08/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 12:30 | 10:35   | /       |            |
| 09/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 23:55 | 20:00   | /       |            |
| 11/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 10:00 | 21:00   | /       |            |
| 12/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 09:00 | 13:30   | /       |            |
| 13/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 04:30 | 19:23   | /       |            |
| 14/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 05:03 | 20:41   | /       |            |
| 15/12 | Mrs. de F. de S. de      | Delmas HPS     | Juliana   | 11              | 06:21 | 18:45   | /       |            |



Novembro 2017

Do dia 01-12-17 ao dia 20-12-17

Nominguinho OK!

- \* Paraíso 1-2
- \* Palmas 1
- \* A. p / Paraíso 0
- \* A. p / Palmas 1

Jubiano OK!

- \* Paraíso 0
- \* Palmas 6
- \* A. p / Paraíso 1
- \* A. p / Palmas 0

Eaqueu OK!

- \* Paraíso 0
- \* Palmas 1
- \* A. p / Paraíso 0
- \* A. p / Palmas 0

Wanderley OK!

- \* Paraíso 1
- \* Palmas 1
- \* A. p / Paraíso 1
- \* A. p / Palmas 4

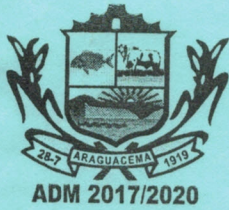
Neivee OK!

- \* Paraíso 1
- \* Palmas 1
- \* A. p / Paraíso 1
- \* A. p / Palmas 1

Élc. En. Zenaido OK!

- Bo. \* Paraíso 1
- Ju. \* Palmas 1

- \* Encaminhamentos e
- \* A. p / Palmas 1



*Juliano*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Mania da Guia Carneiro Silva Sexo: F  
 Data Nasc.: 15.10.1984 Natur.: Ubirajões do Tocantins  
 CPF: 034.636.281-47 RG.: 645.880.2ª via SSP-TO SUS/CNS: 700205458508923  
 Profissão: Barradora Endereço: P.A Santa Clara  
 Nome do Pai: Percilio Carneiro da Silva  
 Nome da Mãe: Mania Aparecida de Jesus  
 ENCAMINHADO POR: HPP Araguacema  
 PARA: Hosp. Regional de Paraíso (Palmas)

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Necessita de endoscopia

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

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

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

4 - Há necessidade de acompanhante? nao

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

5 - História da doença atual: Relata acidente c/ espinho-de-peixe

na garganta há 20 dias, evoluindo com dores

disfagia desde hábito as as vezes dispnea

6 - Exame físico: BOC - corada - supneia e frouxa dor a

palpação do regiois carotidiana (e) Orefaringe normal

7 - Diagnóstico provável: Cé complicado na garganta

\_\_\_\_\_

Código (CID): \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

avaliação endoscópica

\_\_\_\_\_

Araguacema, 03/12/17

\_\_\_\_\_

Dr. Manoel  
Cirurgião Geral  
CRM 10.137



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: MARIA DA GUIA CARNEIRO SILVA  
IDADE: 15.10.1984.  
ENDEREÇO: RUA SANTA CLARA.  
DATA DA VIAGEM: 03 | 12 | 17.  
DESTINO: PALMAS PONA REGINA.  
HORÁRIO DE SAÍDA: 05. : 03  
HORÁRIO DE CHEGADA: 21 : 31  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

14 | 12 | 17

DATA

  
ASSINATURA



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

*Domingos  
Zemais*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Adailton José de Sousa Sexo: M  
Data Nasc.: 18/02/63 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: Leitor Endereço: PA Teremim  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: Maria do Socor Sousa  
ENCAMINHADO POR: HPAA  
PARA: HRP

## LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: 02:30 Transporte recomendável: Ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: Falta Médico

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim  
Justificar: Paciente grave

5 - História da doença atual: Paciente et. 65 no piso 02 por 1000. Cont. profundo no piso 02, fr. costela compressão.

6 - Exame físico: \_\_\_\_\_

7 - Diagnóstico provável: Cont. profundo, !!

Código (CID): \_\_\_\_\_

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): - Analgesia (tramal 50mg)  
- encaminhamento

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

Analgesia e condutas

04-12-17



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: ADAILTON M. JOSE

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: 4 / 12 / 2017

DESTINO: PARAÍSO

HORÁRIO DE SAÍDA: 18:14: HRAS

HORÁRIO DE CHEGADA: 19:30 : HRAS

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAJ. BOA-VIAGEM

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

18 / 12 / 2017

DATA

Dominick

ASSINATURA



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: Dolaitton José de Sousa

IDADE: 18.02.63

ENDEREÇO: Rua. Souza

DATA DA VIAGEM: 04/12/17

DESTINO: Porais

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: Leandro R. Rocha

### RELATÓRIO DE VIAGEM

Este é o relatório de viagem

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

14/12/17

DATA

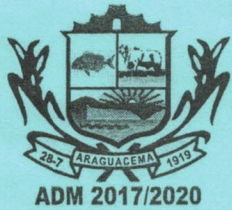
Leandro R. Rocha

ASSINATURA



HOSP DONA RIGINA

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: SILVANIA ALVES RODRIGUES Sexo: F  
 Data Nasc.: 21.07.1989 Natur.: Epianete - TO  
 CPF: 028.284.091-55 RG.: 835.447/558-70 SUS/CNS: 300.0049.5176.0201  
 Profissão: 10a lot Endereço: Rua Augusto de Lencina  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: Macone de Paque Alves Rodrigues Pereira  
 ENCAMINHADO POR: APA de Marjorie Alves  
 PARA: Monica Regina Palmes

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: alta de paciente

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: g3 PNJ g- 41+1d.

x da - BV

6 - Exame físico: tr= colo 3 - dilatado

ou livi BCF= 136 (sinais de vaginal)

7 - Diagnóstico provável: pn - distensão

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Denilo Alencar  
Ginecologia/Obstetrícia  
CRM-TO 2972

no obstetra

05-12-17



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: SILVANIA ALVES RODRIGUES  
IDADE: 21.07.1989  
ENDEREÇO: RUA DUQUE DE CAXIAS ARAGUACEMA.  
DATA DA VIAGEM: 05 | 12 | 17  
DESTINO: PALMAS (DONA REGINA)  
HORÁRIO DE SAÍDA: 05 : 21  
HORÁRIO DE CHEGADA: 21 : 45  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

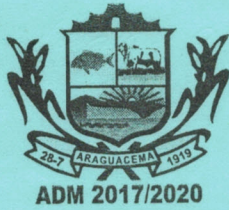
### RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

14 | 12 | 17

DATA

ASSINATURA



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

WANDERLEY

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Juscilina Almeida Sexo: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_

PARA: Palmas

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Falta de infraestrutura

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: Trabalho de parto 52 PM

6 - Exame físico: Tr. abd. 3 - dilatações

7 - Diagnóstico provável: Trabalho de parto

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 TRP

Carimbo: Carimbo  
Ginecologista/Obstetra  
Araguacema - TO 2022

06-12-17



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

ASSINATURA



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

*Juliano*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: ANA CECÍLIA S. P. OLIVEIRA Sexo: FEM.  
Data Nasc.: 21/09/16 Natur.: GOIÂNIA - GO  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: MENOR Endereço: RUA MARANHÃO  
Nome do Pai: LUIS DA SILVA NUNES  
Nome da Mãe: LAYRA G. PAIS OLIVEIRA  
ENCAMINHADO POR: CLÍNICA MÉDICA  
PARA: ORTOFEDIA / PEDIATRIA (Palmas)

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: AUSENCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: AMELIORAR  
Justificar: (-)

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM  
Justificar: MENOR

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO  
Justificar: ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

5 - História da doença atual: QUEDA DE ALTURA + TRAUMA FÍSICO EM PERNA ESQUERDA

6 - Exame físico: DESAINHADO MEMBRAS + EDEMA IMPROBANTE

7 - Diagnóstico provável: FRATURA EXTREM. DISTAL TÍBIA / FIBULA

Código (CID): \_\_\_\_\_

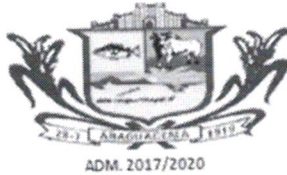
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): RADIO - X

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

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

Dr. Alexander L. Pereira  
CRM - TO 3976

*07-12-17*



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

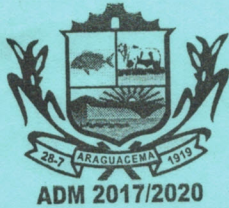
---

---

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Declarados  
PALMAS



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: Maurício Souza Lima Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema  
PARA: HRP Palmas

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

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

5 - História da doença atual: Dor abdominal, anorexia, febre vespertina vômitos pós-prandiais

6 - Exame físico: R&G - deprimido - supleto afebril  
Abdome flácido + epigastria e a palp

7 - Diagnóstico provável: Dor abdominal a exacer

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

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

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:  
Avaliação clínica e imaging

Araguacema, 08/12/17

Dr. Maurício Souza Lima  
Médico Geral  
CRM: 11.111  
Gráfica & Editora Tocantins - 63 3361-1792



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: MARILDO SOUSA

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: 08 12 2017

DESTINO: PARAÍSO

HORÁRIO DE SAÍDA: 4:40: HRDS

HORÁRIO DE CHEGADA: 18:30: HRPC

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

MUITO BOM - B - VIAGEM

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

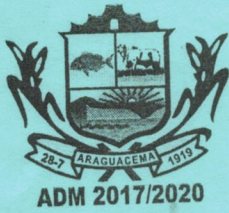
08 12 2017

DATA

Dominos

ASSINATURA





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: Lidia Almaria Mithmann Sobrinho Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: 09/12/1992 Natur.: F  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 1928.930 SUS/CNS: Palmas - TO  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA Palmas  
Nome do Pai: Walter Mithmann  
Nome da Mãe: Genesse Soares Almaria Rocha  
ENCAMINHADO POR: HAP  
PARA: HAP Palmas

### LAUDO MÉDICO

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

Justificar: At. Médico - Superintendência

2 - Duração provável: 30 minutos Transporte recomendável: ambulância

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

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

4 - Há necessidade de acompanhante? sim

Justificar: Gestante em AP

5 - História da doença atual: Gestante em TP e contrações 15 em

15" e par de líquidos, sim superintendência. 62 P.A.,

6 - Exame físico: 36,6 142 bpm, colo dilatado od am

7 - Diagnóstico provável: Trabalho de parto

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: \_\_\_\_\_

Análise e conduta

09-12-17

[Assinatura]



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: Lidia Milhomem

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: P. A TARUMÃ

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DESTINO: ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ Dona REGINA. PALMAS.

HORÁRIO DE SAÍDA: 09 : 20

HORÁRIO DE CHEGADA: 20 : 00

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: PEDRO CLAUDIO

### RELATÓRIO DE VIAGEM

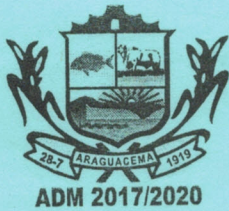
Encaminhamento DE GESTANTE em TRABALHO  
DE PARTO.

14 / 12 / 17

DATA

Zaqueu R. Lopes.

ASSINATURA



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: Neuromé Alves Melo Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: 01/09/93 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: 051 906 27101 RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 70000277034 1205  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: Leonor Fernandes Melo  
Nome da Mãe: Marlene Filipe da Silva Melo  
ENCAMINHADO POR: Comitê de Araguacema  
PARA: Hospital de Paraisópolis

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: falta de enfermeiro, ultrassonografia e exames complementares

2 - Duração provável: 48h Transporte recomendável: ambulância

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Aborto

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: Estando

5 - História da doença atual: Aborto hemorrágico, 12+9, com dor e sangramento há 48h.

6 - Exame físico: TV: lado fechado, com sangramento em dedo de lua

7 - Diagnóstico provável: Aborto

Código (CID): 006

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Uterostom 12112h

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: Atendimento de obstetra (+) exames complementares

11-12-17

Dra. Amanda Falcione  
Médica  
CRM-TO 3933



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

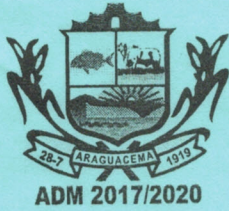
---

---

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Juliano  
e  
Z. miaste



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: Marcilene Sousa Sousa Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: 27.08.1999 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: 078.207.001-90 RG.: 1.332.770-559-TO SUS/CNS: 708207621509749  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Chácara São Domingos  
Nome do Pai: Manoel dos Santos Santana  
Nome da Mãe: Marcilene, Ligo, Acilene Pereira de Sousa  
ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
PARA: PALMAS

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: ausência de cardiologista

2 - Duração provável: 01 dia Transporte recomendável: Ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
Justificar: Bom laboratório

4 - Há necessidade de acompanhante? sim  
Justificar: idôneo

5 - História da doença atual: Pronto Gestante, IG: 40 semanas

6 - Exame físico: BCF: 149 AFU: 32 cm  
TV: colo 606 amarelado, alongamento em dedo de lua

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

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

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

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: Ampliação pela  
obstetria do Bom-labor flol.

Dra. Amanda Falchione  
Médica  
CRM-TO 6933

11-02-17



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: MARCILENE SOUSA SANTOS.  
IDADE: 27.08.1999  
ENDEREÇO: CHACARA SÃO DOMINGOS  
DATA DA VIAGEM: 11 | 12 | 17  
DESTINO: PALMAS (DONA REGINA)  
HORÁRIO DE SAÍDA: 12 : 22  
HORÁRIO DE CHEGADA: 10 : 35  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: ZENAIDE

### RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

14 | 12 | 17

DATA

ASSINATURA



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: Marciana Sousa Gomes  
IDADE: 27.08.99  
ENDEREÇO: Chácara São Domingos  
DATA DA VIAGEM: 11/12/17  
DESTINO: Palmas (Darec Regina S)  
HORÁRIO DE SAÍDA: 12:20  
HORÁRIO DE CHEGADA: 10:35  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: Leivish R. Rocha

### RELATÓRIO DE VIAGEM

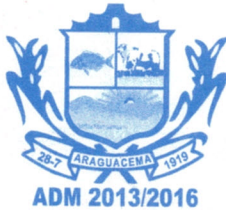
Pte gestante, em trabalho de parto  
peito

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

14/12/17  
DATA

Leivish R. Rocha  
ASSINATURA

Araguacema



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: João Jose Martins Sexo: M  
 Data Nasco: 28.08.1938 Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: 590986861-68 RG.: 1519203-SSP-GO SUS/CNS: 107601204905696  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: Joaquim José de Sousa  
 Nome da Mãe: Maria Rosa Martins  
 ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
 PARA: Hospital Regional de Paraíso

### LAUDO MÉDICO

- Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Ausência de antibiótico proprio e Exames complementares.
- Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_
- Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: Instabilidade Respiratoria
- Há necessidade de acompanhante? Sim  
Justificar: Idoso
- História da doença atual: Doente c/ histórico de AVC há 03 anos, apresentando dor precordial, evoluções em roupa, desorientação respiratoria, distensão abdominal (+) Fehe/Sr
- Exame físico: Taquipneia, ABD distendido, dor a palpacao
- Diagnóstico provável: STRS, SFBRE? PNM? GECA?
- Código (CID): \_\_\_\_\_
- Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_
- Tratamento(s) realizados(s): SFOIGI, 500ml (+) Paracetamol.
- Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: Audição pelo clínico Médico.

12-12-17

Falchione





ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

*Diário inteiro*

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: João José Martins  
IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
DATA DA VIAGEM: 12 / 12 / 2017  
DESTINO: Hosp. Reg. Paraíso  
HORÁRIO DE SAÍDA: 23 : 55  
HORÁRIO DE CHEGADA: 20 : 00  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: Zenaida

### RELATÓRIO DE VIAGEM

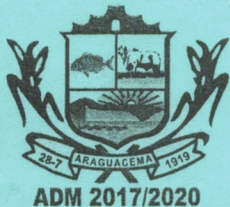
*Viagei levando o paciente João José Martins no dia 12-12-2017 para o Hosp. Reg. de Paraíso e fiquei aguardando o conserto da ambulância concluindo uma diária inteira*

13 / 12 / 2017

DATA

Rayner B. Souza

ASSINATURA



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

Neiva

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: ANGILO F. MARTINS OLIVEIRA Sexo: M  
Data Nasc.: 10-12-02 Natur.: Araguacema  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 938009166477074  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Rui Barbosa  
Nome do Pai: Jeri Alvaro Sousa Oliveira  
Nome da Mãe: Mãe: Cristina Martins Carreira  
ENCAMINHADO POR: MPA de Araguacema  
PARA: MPA Palmas

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: ± falta material ortopédico

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: ± fratura de dedo / ulna

6 - Exame físico: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

AO ortopedista

13-12-17



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: Angelo F. M. Oliveira  
IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
DATA DA VIAGEM: 13 / 12 / 2017  
DESTINO: Palmas  
HORÁRIO DE SAÍDA: 10:00  
HORÁRIO DE CHEGADA: 21:00  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: NÃO

### RELATÓRIO DE VIAGEM

Viagem no encaminhamento levando o paciente Angelo F. Martins Oliveira no dia 13-12-2017 para o Hosp. Regional de Palmas e seguindo até Palmas buscar família paciente de alta.

14 / 12 / 2017  
DATA

Alcides B. Souza  
ASSINATURA



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

*Fulano*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Waldo Paquetel R. Lima Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
PARA: UBPP, cirurgia geral

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: ausência de Exame complementar.

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
Justificar: Risco de P. de Infecção

4 - Há necessidade de acompanhante? sim  
Justificar: Medo de Idade

5 - História da doença atual: Lúscia em região dorsal, com flacidez. História de 4 to PI Sol Nefrético.

6 - Exame físico: Abaulamento em região dorsal, com flacidez e flutuação.

7 - Diagnóstico provável: Abscesso? Infecção Portes moles?  
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 pelo cirurgião geral.

*19/12/17*  
Dra. Amanda Falchione  
Médica  
CRM-TO 3933



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

*Ambrósio  
Juliano*

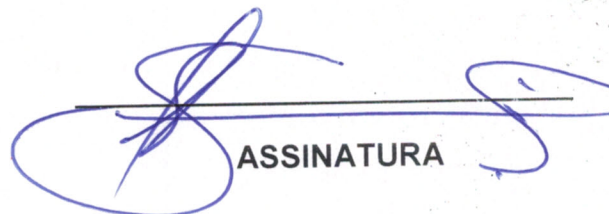
## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: ITAEUSOM TARTARUGA  
IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
DATA DA VIAGEM: 04/12/17  
DESTINO: PARAISO  
HORÁRIO DE SAÍDA: 05 : 30  
HORÁRIO DE CHEGADA: 22 : 12  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

14/12/17  
DATA

  
ASSINATURA



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

*Ambulatório  
Ueyre*

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: Margarete  
IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Assentamento Tauumã  
DATA DA VIAGEM: 06/12/17  
DESTINO: Hosp. Reg. Paraíso  
HORÁRIO DE SAÍDA: 13 : 00  
HORÁRIO DE CHEGADA: 21 : 00  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

*Viagei levando a paciente Margarete para o Hosp. Reg. de Paraíso no dia 06-12-17 viagem "ambulatório"*

13 / 12 / 17

DATA

*Regina B. Souza*

ASSINATURA



*Ambulatorial*  
*Regua*

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: Lucelis  
IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
DATA DA VIAGEM: 07/12/17  
DESTINO: HGP - Palmas  
HORÁRIO DE SAÍDA: 10 : 00  
HORÁRIO DE CHEGADA: 21 : 00  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

Viagem levando a paciente Lucelis  
no dia 07-12-17 para fazer consulta  
no Hosp. Geral Palmas "VIAGEM AMBULATORIAL"

13 / 12 / 2017  
DATA

Regina B. Souza.  
ASSINATURA





ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

*Ambrósio*  
*Dominício*

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: SANDRA - VALCONCELO -  
IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
DATA DA VIAGEM: 10 / 12 / 2017  
DESTINO: Palmas  
HORÁRIO DE SAÍDA: 11:15: HORAS  
HORÁRIO DE CHEGADA: 11:30: HORAS  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

UMP - BOA - VIAGEM.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10 / 12 / 2017

DATA

Dominício

ASSINATURA

Wagem tree 2017 (continuo code)

do dia 21.12.2017 a 31.12.2017

\* Wominquinho

- \* Paraiso 0
- \* Palmas 0
- \* A. A/ Paraiso 1
- \* A. p/ Palmas 2

\* Juliano

- \* Paraiso 1
- \* Palmas 2
- \* A. p/ Paraiso 0
- \* A. p/ Palmas 0

\* Faqueiro

- \* Paraiso 2
- \* Palmas 1
- \* A. p/ Paraiso 0
- \* A. p/ Palmas 0

Wanderley

- \* Paraiso 0
- \* Palmas 1
- \* A. p/ Paraiso 3
- \* A. p/ Palmas 3

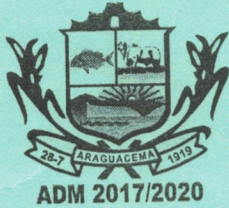
Entreque P1  
Pedro Claudio  
22-01-18

Keyvel

- \* Paraiso 1
- \* Palmas 0
- \* A. p/ Paraiso 0
- \* A. p/ Palmas 0

Enocle

- \* Paraiso 0
- \* Palmas 0
- \* A. p/ Paraiso 0
- \* A. p/ Palmas 0



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: Veronica dos Reis Almeida Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: 25/07/88 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Ceará  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: HRP Araguacema  
PARA: HRP

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Sl esp.

2 - Duração provável: 3h Transporte recomendável: Ambulância  
Justificar: \_\_\_\_\_

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: Sim Risco de Trabalho de Parto prematuro

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

5 - História da doença atual: Gravidez, 28 e 3d, apresentando dor em BV de forte intensidade, que iniciou a seguir com o início da contagem de evacuações e contrações esporádicas. Nessa época

6 - Exame físico: de líquidos.  
BCF ⊕ 144 / MF ⊕ 1 TV - 11 dias de gestação.

7 - Diagnóstico provável: Gravidez de parto prematuro?

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Bucephon (EV).

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

Thaís Aparecida e Silva  
Médica  
CRM-TO 4327



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: Veronica dos Reis Almeida  
IDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
DATA DA VIAGEM:   /  /    
DESTINO: Hosp. Regional Paraíso  
HORÁRIO DE SAÍDA: 09 : 00  
HORÁRIO DE CHEGADA: 17 : 30  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

Trajei levando a paciente Veronica dos Reis Almeida para o Hospital Regional de Paraíso.

22 / 01 / 2018

DATA

Rayner B. Souza

ASSINATURA



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

Juliano  
~~\_\_\_\_\_~~

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Antonin Maria Conceição Sexo: Feminino  
Data Nasc.: 20/05/44 Natur.: Bahian-MA  
CPF: 018 246471-74 RG.: 268.737 SUS/CNS: 700600449395361  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Carayá  
Nome do Pai: Jose dos Santos  
Nome da Mãe: Alzira Maria do Conceição  
ENCAMINHADO POR: HPPA  
PARA: HGP

## LAUDO MÉDICO

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

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: paciente com dor lombar e dispnéia.

6 - Exame físico: RX e radiografia em investigação

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

Código (CID): \_\_\_\_\_

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

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

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

*Daniela Alencar*  
Ginecologista/Obsletrica  
CRM-TO 2972

20/12/17.



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUAÇEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

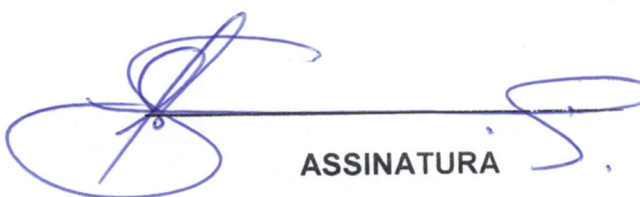
## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

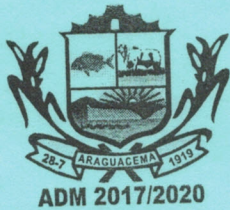
NOME DO PACIENTE: ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO  
IDADE: 74  
ENDEREÇO: RUA CARAJAS  
DATA DA VIAGEM: 20/12/17  
DESTINO: PALMAS  
HORÁRIO DE SAÍDA: 05:03  
HORÁRIO DE CHEGADA: 20:41  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM REALIZADA NA NORMALIDADE.

17/01/17  
DATA

  
ASSINATURA



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: Nayara Rodrigues de Almeida Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: HPP Araguacema  
PARA: Opelista (PALMAS)

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Distância de especialista - Stepeduto.

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim  
Justificar: Problema fratura de ulna.

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim.  
Justificar: Mãe de João.

5 - História da doença atual: Queda de altura (+ 02 metros) com trauma contuso em antebraço (D).

6 - Exame físico: Edema e captação, sem dor à movi- mentação do cotovelo (D).

7 - Diagnóstico provável: Fratura.

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Analgesia (+ ANE)

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: Redução e avaliação pela ortopedia.

23/12/17

Dra. Amanda Falcione  
Médica  
CRM-TO 3933



ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: MAYARA RODRIGUES DA NASCIMENTO.

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: 23 / 12 / 17

DESTINO: PALMAS

HORÁRIO DE SAÍDA: 4 : 30

HORÁRIO DE CHEGADA: 19 : 23

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

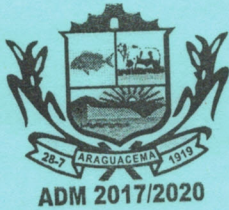
VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

17, 01, 18

DATA

  
ASSINATURA





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

*Juliano*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Luiz Luciano de Souza Sexo: M  
Data Nasc.: 21/03/80 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 4319460 SUS/CNS: 89807005944834  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Bonfim  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: Mayuocena  
PARA: Hosp. Reg. Parouso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: o/ antibióticos melhores

2 - Duração provável: 24h Transporte recomendável: ambulância  
Justificar: o/ transporte adequado

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
Justificar: Risco de sepse local/multifócal

4 - Há necessidade de acompanhante? sim  
Justificar: o/ acesso remoto

5 - História da doença atual: Pat. 08 anos, apresentando do. em perna  
⊕, de forte intensidade há alguns dias. Portador de DM,  
em perna ⊕

6 - Exame físico: Edema (3+/4+) associado a sinais flogísticos  
e pontos de abcesso. Dor a manipulação. Pontos positivos

7 - Diagnóstico provável: Eriopela

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

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

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

26/12/17

*Juliano*  
Médico  
CRM-TO 4327



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: LUÍZ FERREIRA DE SOUSA.  
IDADE: 89  
ENDEREÇO: PA. BONFIM  
DATA DA VIAGEM: 26 / 12 / 17  
DESTINO: PARAÍSO  
HORÁRIO DE SAÍDA: 06 : 21  
HORÁRIO DE CHEGADA: 18 : 45  
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

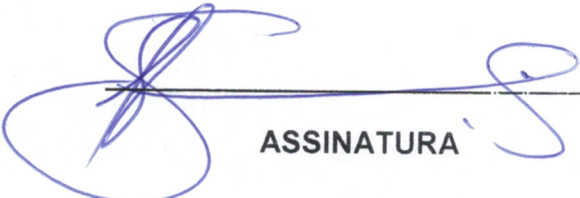
### RELATÓRIO DE VIAGEM

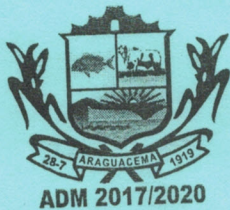
VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

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

17 / 01 / 18

DATA

  
ASSINATURA



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

Wanderley

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Francisquinho Pereira do Silva Sexo: F  
Data Nasc.: 03/10/76 Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: 8507295819 RG: 390575 SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: Beb - Emp. Endereço: Rua 19 Q15 lot 05  
Nome do Pai: Derocyr Alves da Costa  
Nome da Mãe: Conceição Pereira do Silva  
ENCAMINHADO POR: CLINICA MEDICA  
PARA: CIURGIA GERAL Palmas

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: AUSENCIA DE ESPECIALISTA

2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: AMBULANCIA / CARRO  
Justificar: QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM  
Justificar: POSSIVEL DETERIORAÇÃO DO QUADRO

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO  
Justificar: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

5 - História da doença atual: DOR EM FJD HA 02 DIAS, ASSOCIADO A INAPETENCIA  
FERRE (NT) E VÔMITOS

6 - Exame físico: ABD - RHA ↓ | DISTENÇÃO DUREZA | DOR A PALP. PROFUNDA EM  
FJD | BLOMBERG (+) | ROUSING (-) | RECB (+) | DETERMINAÇÃO (-)

7 - Diagnóstico provável: HD - ① APENDICITE?  
② DIFERITE?

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

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

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

Dr. Alexander L. Pereira  
CRM-TO 3976

ARAGUACEMA 28 DE DEZEMBRO DE 2017

HORA - J3:30



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

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

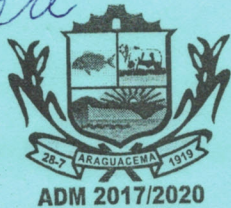
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

ASSINATURA

Zaquere



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: DR. LUIZ PIRELLA Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: \_\_\_\_\_  
PARA: HRB

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: AD - CIRURGIA

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: obriga e NARRA (2)

6 - Exame físico: EM CONDIÇÃO BOMAS

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: \_\_\_\_\_

AD - CIRURGIA

15/07/2017 REN - 1512



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

---

---

---

---

---

---

---

---

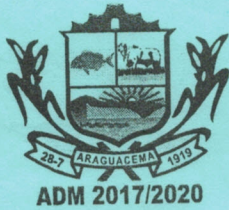
---

---

---

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA



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

*Ferreira*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Abriel Ferreira da Silva Sexo: M  
Data Nasc.: 09.09.2002 Natur.: Araguaína  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 1.185.594 SUS/CNS: 398-0041.66716761  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: PA - Canaã  
Nome do Pai: Lino da Silva  
Nome da Mãe: Raimundo da Rodrigues Ferreira  
ENCAMINHADO POR: PI Palmares  
PARA: \_\_\_\_\_

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Ausência de Outorgados

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim  
Justificar: Fratura osse

4 - Há necessidade de acompanhante? sim  
Justificar: menor de idade

5 - História da doença atual: Queixo de basile

6 - Exame físico: Tratado em punha direita

7 - Diagnóstico provável: Fratura de rádio distal

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Troncal 100mg

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

*Dra. Amanda Falcão*  
Médica  
CRM-TO 3933



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

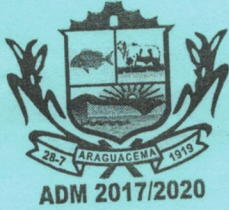
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

ASSINATURA





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

ZARVEU  
R.

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: João Pedro A. Santos Sexo: (M)  
Data Nasc.: 29.11.2017 Natur.: Paraíso do Tocantins  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Carajás  
Nome do Pai: Joaquim Rodrigues Santos  
Nome da Mãe: Carndriely Pereira da Silva  
ENCAMINHADO POR: HPPA  
PARA: Pediatria Hospital de Paraíso

## LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: ausência de antibiótico e exames complementares.

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim.  
Justificar: ausência de lactante.

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim.  
Justificar: menor de idade.

5 - História da doença atual: Febre e desconforto respiratório há 01 dia.

6 - Exame físico: FC: 160, FR: 56, AP: r/w ⊕ bilobulado - mente VAA, ACV: RROT (11 pausas) sem ruídos.

7 - Diagnóstico provável: SEPSE!

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

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

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

30/12/17

Dra. Amanda Fatchione  
Médica  
CRM-TO 3993



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: JOAO

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA DA VIAGEM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DESTINO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE SAÍDA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

HORÁRIO DE CHEGADA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

ASSINATURA



*Ambulatório  
Wominguinho*

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: BÉATRIS - FONCELA.

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: ARAGUACEMA

DATA DA VIAGEM: 19 / 12 / 17

DESTINO: PALMAS.

HORÁRIO DE SAÍDA: 05:00: HRS

HORÁRIO DE CHEGADA: 09:00 : HRS.

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

OTIMIZADA - VIAGENS -

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

19 / 12 / 18

DATA

Dominos O. Silva

ASSINATURA



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUACEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

*Ambulatório  
Nominquinha*

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: VALDETE - PINHEIRO

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: P.A. da mata.

DATA DA VIAGEM: 20 / 02 / 17

DESTINO: PALMAS.

HORÁRIO DE SAÍDA: 03:00: HRAS.

HORÁRIO DE CHEGADA: 20:30 : HRAS.

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO DE VIAGEM

Ump. Boa Viagem.

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

19 / 01 / 18

DATA

Dominos D-Silva

ASSINATURA



ADM. 2017/2020

ESTADO DO TOCANTINS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUAÇEMA  
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ: 11.348.280.0001-40

*Am. Rubetoniol*  
*Wominguinho*

## CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: MARINETE - G. TAUDREZ

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: R-A-da-MATA

DATA DA VIAGEM: 22 / 12 / 2017

DESTINO: PARAÍSSO

HORÁRIO DE SAÍDA: 04:00: HRAS

HORÁRIO DE CHEGADA: 21:30: HRAS

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: — — — —

### RELATÓRIO DE VIAGEM

Foi como BOP-VIAGEM

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

19 / 01 / 18

DATA

Dominos D. Silva

ASSINATURA