



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

Mês 11

Ano: 2014

DATA	PACIENTE ENCAMINHADO	DEST./HOSPITAL	MOTORISTA	TÉC. ENFERMAGEM	SAIDA	CHEGADA	ENTREGA	ASSINATURA
01/11	Josiane de Freitas	HEB	Pauline	-11-				
05/11	Mrs. Pamela	HGS	Pauline	-11-				
06/11	Mrs. Genilde Jacobo	HRP	Genilde & Enaid	-11-				
02/11	Genilde de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
09/11	Mrs. de Freitas	HRP	Genilde	-11-				
11/11	Genilde de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
13/11	Mrs. de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
14/11	Mrs. de Freitas	HRP	Genilde	-11-				
15/11	Mrs. de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
18/11	Genilde de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
19/11	Genilde de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
19/11	Genilde de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
21/11	Genilde de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
22/11	Genilde de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
23/11	Genilde de Freitas	HEB	Genilde	-11-				
25/11	Genilde de Freitas	HRP	Genilde	-11-				
26/11	Genilde de Freitas	HRP	Genilde	-11-				
27/11	Genilde de Freitas	HGS	Genilde	-11-				
27/11	Genilde de Freitas	HGS	Genilde	-11-				
28/11	Genilde de Freitas	HRP	Genilde	-11-				
29/11	Genilde de Freitas	HRP	Genilde	-11-				

Pauline
Genilde
Enaid



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

Mês Novembro

Ano: 2017

DATA	PACIENTE ENCAMINHADO	DEST./HOSPITAL	MOTORISTA	TÉC. ENFERMAGEM	SALIDA	CHEGADA	ENTREGA	ASSINATURA
20/11	Yamir Afre	HGB	Wanderson	-11-	05:00	20:40	1	PI Hospital
22/11	Yamir Afre	HRP	Wanderson	-11-	05:00	21:30	1	PI Hospital
25/11	Yamir Afre	HGB	Wanderson	-11-	06:00	22:15	1	PI Hospital
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								
/								

Arinaldo Farias
Novembro

Novembro 2017

Do dia 01-11 ao dia 19-11-17

Nominquirhe

* Parais 2

* Palmas 0

* Ambruloteuial Palmas 2

* Ambruloteuial Parais 1
Juliano

* Parais 4

* Palmas 1

* Ambruloteuial Palmas 2

Zaqueu

* Parais 1

* Palmas 0

Wanderley

* Parais 1

* Palmas 0

* Ambruloteuial Palmas 6

* Ambruloteuial Parais 2

Waqueu

* Parais 2

* Palmas 0

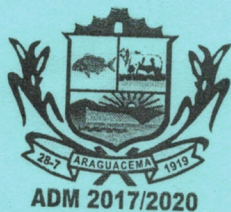
Zenaido

* Parais 1

* Palmas 0

Entraque dia
20-11-17

D/1 Pedro Oliveira



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: FRANCIONE TEIXEIRA LUSTOSA Sexo: FEM
Data Nasc.: 11/08/88 Natur.: APAREURANKIA - TO
CPF: _____ RG.: 4435992 SUS/CNS: 89800XIN6XU0705
Profissão: _____ Endereço: FACENDA RIGLETA
Nome do Pai: LEILAO LUSTOSA DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA JOSE TEIXEIRA LUSTOSA
ENCAMINHADO POR: CLÍNICA MÉDICA
PARA: OBSTETRICIA HRP

LAUDO MÉDICO

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

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM
Justificar: PROGNÓSTICO Y.P

4 - Há necessidade de acompanhante? SIM
Justificar: PROGNÓSTICO Y.P

5 - História da doença atual: GESTADO / EMB: OXIDATIVA / USG (OSIOS) - 125cm + 3d
#36: 39cm + 2d
#40: 35cm

6 - Exame físico: TPCF: 40 / 40
#TÓQUE: DILAT= 3-4cm / FETO BAIXO / BI / APAGAM - 40%

7 - Diagnóstico provável: CEFÁLICO / CONTÁCTOS 120'
Código (CID): _____

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

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

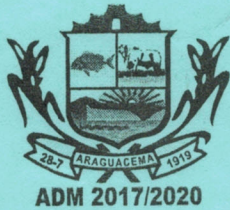
10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: _____

Dr. Alexander L. Pereira
CRM - TO 3976

02-11-17

CR11117 AS 12:25

Zaqueu R.



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: Nair Garcia Reche Sexo: F
Data Nasc.: _____ Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: HIP - Araguacema
PARA: HIP

LAUDO MÉDICO

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

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: Queixa de sensação de nodulação
na axila há mais tempo porém há ± 6 meses
notou a lesão externa, na região axilar

6 - Exame físico: Tumoração vegetante do tamanho de
uma laranja na região axilar

7 - Diagnóstico provável: CA de axila

_____ Código (CID): _____

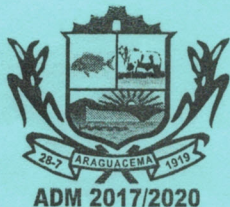
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____

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

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

PSO 10 - 05/11/17

[Signature]
Dr. Almirton Silva
Cirurgião Geral
CRM-TO 127



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

Wandirley
Zemede

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Maria Tramitis Corlho Sexo: F
Data Nasc.: 24/06/36 Natur.: Mangobianos
CPF: _____ RG.: 150.986 SUS/CNS: 206611955080018-1
Profissão: Aposentada Endereço: Rua Thomas Villis
Nome do Pai: Antonio Corlho
Nome da Mãe: Tramitis Tramitis de Jesus
ENCAMINHADO POR: HPPA
PARA: HUP

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Falta Médico

2 - Duração provável: 02:00 hs Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Falta Médico

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: Paciente diabético

5 - História da doença atual: Paciente diabético / sem hipoglicemia e de difícil acesso. chegou el doente 18 mg/dL, no momento 44 mg/dL.

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: Hipoglicemia

Código (CID): _____

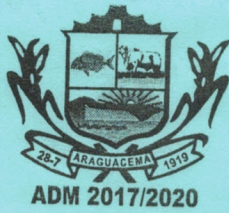
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____

9 - Tratamento(s) realizados(s): - Acesso venoso el sem glicose de mais o acesso sem eficácia. (As vias pedem todas).

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

Realização e conduta esperadas

06-11-17



ADM 2017/2020

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

R. Lopes

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Aurele dos Reis Silva Fem.
 Data Nasc.: 16/11/03 Sexo: F
 CPF: _____ RG: _____ Natur.: Xinguare - PA
 Profissão: _____ SUS/CNS: 898.0030.41567751
 Endereço: PA Corumbá
 Nome do Pai: Germano Alves da Silva
 Nome da Mãe: Miriam Ponte dos Reis
 ENCAMINHADO POR: HRB de Araguacema
 PARA: HRB

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: Não dispõem de transporte

2 - Duração provável: 01 dia Transporte recomendável: Ambulância terrestre
Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente?
Justificar: Sim

4 - Há necessidade de acompanhante?
Justificar: Sim

5 - História da doença atual: Do em fase inicial de início a febre e hipoxia, há 01 dia.

6 - Exame físico: Blaumberg ⊕

7 - Diagnóstico provável: Apudite aguda

Código (CID): K35
Revis: 15-900

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

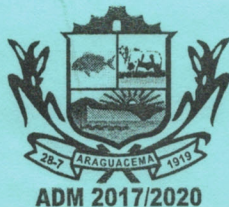
9 - Tratamento(s) realizados(s): Analgesia + hidratação venosa.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: Analgesia com cirurgia.

07-11-17

Rodrigo Costa Ferreira
 CRM-TO 4.389
 CPF: 313.847.698-04

Dominiquinho



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: Luciano Teixeira Bernardes Sexo: Masc.
 Data Nasc.: 20/09/25 Natur.: _____
 CPF: 83145290500 RG.: _____ SUS/CNS: 20916503563
 Profissão: _____ Endereço: P. A. Corumã
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: Genevieve Teixeira Bernardes
 ENCAMINHADO POR: MMA de Araguacema
 PARA: HRB

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Não disponho de cardiologista no Município

2 - Duração provável: 07 dias Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Paciente com queixa de tontura há 01 dia. Refere 01 episódio de síncope há 01 dia.

6 - Exame físico: REG, eufêmico, bradicárdico, hidratado, corado. MKB bilat. 01 descrito entretão em base do Hx E. RC irregular, bulhas hipofônicas c/ sopro

7 - Diagnóstico provável: SITCLW parox. FC: 45bpm; PA: 160x90
BAV 2: grau Mobitz II

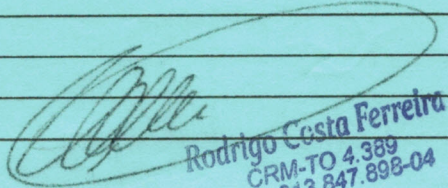
Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Encaminhado à referência.

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

09.11.17


 Rodrigo Costa Ferreira
 CRM-TO 4.389
 CPF: 313.847.898-04



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: NICOLAS ARAUJO SANTANA Sexo: M
Data Nasc.: 13/10/117 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: PR. 0051.6150.6956
Profissão: _____ Endereço: Rua Pimenta
Nome do Pai: Heremerson Santana Pereira
Nome da Mãe: Lolida Araújo Cruz
ENCAMINHADO POR: CLINICA MEDICA
PARA: PEDIATRIA HRP

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSÊNCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: CARRO / AMBULANCIA

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: QUADRO CLÍNICO

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO

Justificar: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

5 - História da doença atual: PACIENTE APRESENTANDO QUADRO DE TOsse + DISPNEIA HA

03 DIA, SEM MAIS QUEIXAS ASSOCIADAS

EF - RESCUMENHO RESPIRATORIO FR = 56lpm

6 - Exame físico: AR - MU + com sibilos difusos bilateralmente

7 - Diagnóstico provável: PROBABILMENTE: 1º PMM?

Código (CID): _____

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): RADIO-X TORAX (SOMENTADO COM BPD +

ESTERILIZADO POR-TRILHA A (D))

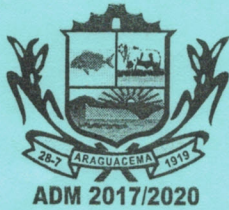
9 - Tratamento(s) realizados(s): _____

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

Dr. Alexander L. Pereira
CRM - TO 3976

09/11/17 AS 07:40

Hayace



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: Lenilde F. da Silva Sexo: F
 Data Nasc.: 01.06.75 Natur.: _____
 CPF: _____ RG.: 1.082.540 SUS/CNS: 704800 02138441
 Profissão: lavadeira Endereço: araguacema - TO
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: Maria Ferreira da Silva
 ENCAMINHADO POR: HPPA
 PARA: HAP (Hosp. Regional Paraíso)

LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: ACM Transporte recomendável: Terrestre
 Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? si
 Justificar: Presença de sinais infecciosos.

4 - Há necessidade de acompanhante? si
 Justificar: _____

5 - História da doença atual: Pt. refu dor abdominal baixo
de mais de 2 dias.

6 - Exame físico: Presença de ruído e abdomen inflexo.
Mucosa?

7 - Diagnóstico provável: Mucosa? Vírus?

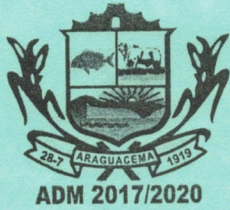
Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Caprofenac 100mg (EV)
Tendal
Sonda de alívio

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: ACM (036210b).

Dr. José Carlos C. Miele Jr.
 CRM 4623



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

Teles

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Mauricio M. Silva Sexo: _____
Data Nasc.: 10.03.91 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: 914.079 SUS/CNS: 103407224207
Profissão: _____ Endereço: Rua: Piranha, Inaquaren
Nome do Pai: Jemicio Barros da Silva
Nome da Mãe: Ironis Pereira Martins Silva
ENCAMINHADO POR: José Carlos C. Miele Jr.
PARA: HR Piranha

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: Falta exames lab - UG

2 - Duração provável: ACM Transporte recomendável: Terrestre
Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim
Justificar: Sangramento intenso e colico.

4 - Há necessidade de acompanhante? Não
Justificar: _____

5 - História da doença atual: Pte há 4 dias com MHC positivos
refere sangramento de 9 dias, com colico intenso,
refere rubor vaginal e febre

6 - Exame físico: Abdoe e apend

7 - Diagnóstico provável: Aborto ?

Código (CID): _____

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

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

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

Dr. José Carlos C. Miele Jr.
CRM 4623



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

*Não houve
Encaminhamento*

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: OTIANO GOMES DUARTE Sexo: MASC
Data Nasc.: 09/10/1950 Natur.: PEDREIRAS - MA
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 702902551648273
Profissão: BANQUEIRO / PESCADOR Endereço: SENHOR DO BONFIM
Nome do Pai: GREGÓRIO SOLEDIN DUARTE
Nome da Mãe: ANA GOMES DUARTE
ENCAMINHADO POR: CLINICA MÉDICA
PARA: OTORRINOLARINGOLOGIA

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSÊNCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

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

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: EVOLUÇÃO DO QUADRO

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO

Justificar: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

5 - História da doença atual: PACIENTE APRESENTANDO QUADRO DE OTORRINOLARINGOPATIA em
OUVIDO ESQUERDO, em tratamentos com antibiótico (Amoxicilina 500 (DJO)) evoluí
COM HÍDRACUSIA + DOR RETROAURICULAR

6 - Exame físico: OTOSC: Hiperemia + exsudação purulenta purulenta
MT - Pólo visualizados com pontos hemáticos

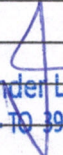
7 - Diagnóstico provável: HD - OMC?

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: _____


Dr. Alexander L. Pereira
CRM - TO 3976



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: OSANO GOMES DUARTE Sexo: MASC
Data Nasc.: 09/10/1980 Natur.: PERNAMB - MA
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 70290295JG48273
Profissão: ENFERMEIRO / FISIOTERapeuta Endereço: SENHOR DO BONFIM
Nome do Pai: GREGÓRIO SOLENDU DUARTE
Nome da Mãe: ANA GOMES DUARTE
ENCAMINHADO POR: CLINICA MÉDICA
PARA: OTORRINOLARINGOLOGIA

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSÊNCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

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

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: EVOLUÇÃO DO QUADRO

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO

Justificar: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

5 - História da doença atual: PACIENTE APRESENTANDO QUADRO DE OTORRINOLARINGOPATIA COM

OUVIDO ESQUELHO, EM TRATAMENTO COM ANTIBIÓTICO (AMOXICILINA 500 (DUO)) CLAU
COM HIPERCUSIA + CER. RETROAURICULAR

6 - Exame físico: OTOC: HIPERCUSIA + CERATIA PARITIAIS BILATERAIS

MT - TUBO UGULARIZADO COM TONSOS HEMÁTICOS

7 - Diagnóstico provável: HD - OMC:

Código (CID): _____

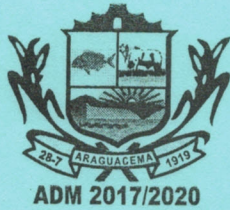
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): _____

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

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

Dr. Alexander L. Pereira
CRM - TO 3976

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: Franinete N. de Oliveira Sexo: F
 Data Nasc.: 26.03.89 Natur.: _____
 CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 398001026261863
 Profissão: _____ Endereço: _____
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: _____
 ENCAMINHADO POR: Hosp Reg Ponte Araguacema
 PARA: H Reg. Juazeiro

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: SI Especial.

2 - Duração provável: 4h Transporte recomendável: Ambul.

Justificar: Carvalho de porto possível

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Risco de inco de TP

4 - Há necessidade de acompanhante? Naõ

Justificar: _____

5 - História da doença atual: M. F. H. 20.11.17

_____ Nega outros exames.

6 - Exame físico: TV - 1cm de latência BCF 144

MF ⊕

7 - Diagnóstico provável: Grab do porto

_____ Código (CID): _____

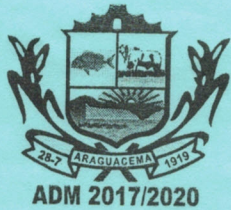
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____

9 - Tratamento(s) realizados(s): Encaminhado a Juazeiro

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

Thaiane Araújo Silva
Médica
CRM-TO 4327

17/11/17



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

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Aldemira Marinho Rodrigues Sexo: F
Data Nasc.: 17/09/190 Natur.: _____
CPF: 076.395.931-00 RG.: _____ SUS/CNS: 898003992983245
Profissão: _____ Endereço: Rua Couto Magalhães
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: UPPA
PARA: Dep. Dep. Prognostico HRP

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: SI especialista

2 - Duração provável: 5 dias Transporte recomendável: ambulância
Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim
Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante? nao
Justificar: _____

5 - História da doença atual: cd. 77anos, vem evouar os vultos plateu leucos ha 5 dias. kere dor abdominal interna. ketata portadora de HAS.

6 - Exame físico: Abd distendido, globoso 4x, estimpismo global. Dor interna e palpato superficial. Bogue retal. lve de pps em amp. retal

7 - Diagnóstico provável: Obstrução intestinal?

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): slat enema (Ø evacuaçã)

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

avaliar e conduta

Thaylene Araújo e Silva
Médica
CRM-TO 4327

18-11-17



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

Juliano

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Andrielly P. da Silva Sexo: F
Data Nasc.: 07-05-89 Natur.: Araguacema
CPF: _____ RG: _____ SUS/CNS: 7005003034671
Profissão: _____ Endereço: Rua Carajás - 5N
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Maria da glória P. da Silva
ENCAMINHADO POR: HPPA
PARA: Hosp. Parame.

LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: 4h. Transporte recomendável: Ambulância
Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim
Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante? nao.
Justificar: _____

5 - História da doença atual: história 38s4x, apresentando dor em BV que
irradia p/ reg. lombas associada a contusões de média
intensidade, esporádica. Negs perdas vaginais. Refere último

6 - Exame físico: USG e/ apresentando pelvica, G2 P3 N1 A0.
MFB. TV: 2 cu de dilatações. Lig amnióticos ausentes.

7 - Diagnóstico provável: trabalho de parto.

Código (CID): _____

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

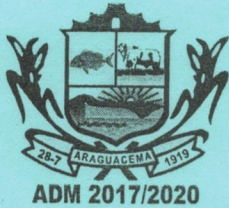
9 - Tratamento(s) realizados(s): orientações
encaminhamento p/ avaliação

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

baseadas e conduta.

Thaylane Araújo e Silva
Médica
CRM-TO 4327

18.11.17



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

Juliano

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Edmilson dos Santos Sexo: M
Data Nasc.: 11/1 Natur.: Carolina - MA
CPF: 942799771-00 RG.: 1439667 SUS/CNS: 70760023732705
Profissão: operador de maq. Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Stacilia Vicente dos Santos
ENCAMINHADO POR: _____
PARA: HRB

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Não há laboratório disponível pl realizar exame de enzimas cardíacas / Sem ECG.

2 - Duração provável: 8h Transporte recomendável: ambulância

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Intensificação dos sintomas há muitas horas

4 - Há necessidade de acompanhante? no

Justificar: _____

5 - História da doença atual: pac, 42 anos, tabagista e etilista, de longa data

relata dor em região precordial, há algum tempo com piora, nos últimos horas. Dor do tipo queimada, sem melhora el repouso.

6 - Exame físico: BEG, pulm, normovent (PA: 130/80), normovent e orientado AP. MVD SRA/TAC: BIVR. DEPT/SIS / SPO₂: 98% / FC: 72

7 - Diagnóstico provável: Angina instável?
JAM?

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Adm AAS 300mg
(Sem Clopidogrel no Hosp)

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

realizar o conduto

Thaylane Araújo e Silva
Médica
CRM-TO 4327

Julia

19.11.17



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

JULIANO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Eleiton Pereira do Nascimento Sexo: _____
Data Nasc.: _____ Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: _____
PARA: _____

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Suspecialista

2 - Duração provável: 2h. Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? _____

Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim.

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Pt apresentando múltiplas fraturas em pé (D) após trauma com bola. Relata dor intensa local.

6 - Exame físico: Dor à palpação associada a limitação de movimento em pé (D)

7 - Diagnóstico provável: fratura pé (D)

Código (CID): _____

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

Rx de pé (D) (em anexo)

9 - Tratamento(s) realizados(s): Sintomático + encaminhamento p/ HR Parana

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

Analises e conduta

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

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Elias Pereira Santana Sexo: _____
Data Nasc.: 22/11/92 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: José Carlos C. Miele Jr
PARA: Hosp. Regional Paraíso

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Site com ferida infeccionada, sem escar
ou qualquer

2 - Duração provável: acm Transporte recomendável: Terrestre

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Ferida infeccionada

4 - Há necessidade de acompanhante? Não

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Preferiu ter feridas feitas com
toco de madeira de c. e depois.

6 - Exame físico: BEG, LOTE, ASP, sinais flogísticos e
promul área necrosada.

7 - Diagnóstico provável: Lesão infeccionada

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): 200 g Capro (EV)
Voltau 1cp (IM)

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

Dr. José Carlos C. Miele Jr.
CRM 4623



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: Elias Pereira Santana Sexo: _____

Data Nasc.: 22/11/92 Natur.: _____

CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____

Profissão: _____ Endereço: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

ENCAMINHADO POR: José Carlos C. Niê Jr.

PARA: Hosp. Regional Paraíso

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: 100 km, ferida infeccionada, sem acesso
pub. na cidade.

2 - Duração provável: acm Transporte recomendável: Terrestre

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: ferida infeccionada

4 - Há necessidade de acompanhante? Não

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Doença de ferida fechada por um
bloco de madeira há 1 dia.

6 - Exame físico: BEG, LOTE, AAS, sinais flogísticos e
pus em área necrosada.

7 - Diagnóstico provável: Sepsis infeccionada

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): 200 mg Capro (EV).

Voltar 1 dia p. (IM).

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

cirurgia geral

Dr. José Carlos C. Niê Jr.
CRM 4673

Continuação Novembro 2017

a partir do dia 21. 11. 17 a 30. 11. 17

Flomiroquinho OK!

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

Juliano OK!

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

Eaqueu OK!

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

- * Incomentadas e
- * Ambulatórios

Wanderley

- * Paraiso 0
- 2 * Palmas 3
- * A. p / Paraiso 0
- * A. A / Palmas 0

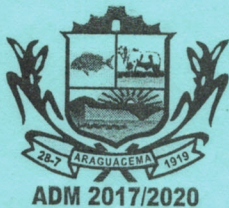
Weyuel OK!

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

Eric e maide OK!

- 2 * Paraiso 1
- W * Palmas 3

Entreque dia
20. 12. 17
P / Pedro Cláudio



ADM 2017/2020

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

Wanderley
Zemoids

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: LOIANA SANTOS LIMA Sexo: F
 Data Nasc.: 19/06/1987 Natur.: Araguacema
 CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
 Profissão: _____ Endereço: Av. Presidente Vargas
 Nome do Pai: José Manoel dos Santos Lima
 Nome da Mãe: Marina do Socorro Martins Santos Lima
 ENCAMINHADO POR: APPA - Galoães
 PARA: Palmas

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: AS APPA

2 - Duração provável: _____ Transporte recomendável: _____
Justificar: SIM

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente?
Justificar: SIM

4 - Há necessidade de acompanhante?
Justificar: _____

5 - História da doença atual: paciente m da no arrib
com transtorno de ansiedade (1) - 1 episódio

6 - Exame físico: ACV - RCR, JT, BNF, FC = 120

7 - Diagnóstico provável: LAM

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): Código (CID): E00 m supaa
LM d2

9 - Tratamento(s) realizados(s): funosstática
captopril 50 / ANS 100

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

21-11-17



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



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: Isabela Santos Liora

IDADE: 20 anos

ENDEREÇO: _____

DATA DA VIAGEM: 21/11/17

DESTINO: Palmas

HORÁRIO DE SAÍDA: _____:_____

HORÁRIO DE CHEGADA: _____:_____

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: Lenoir R. Leão

RELATÓRIO DE VIAGEM

Pto de suspição e/ou inquirido

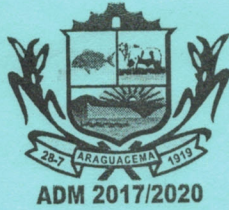
14/12/17

DATA

Lenoir R. Leão

ASSINATURA

Reque



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

Helena

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Helena C. R. da Silva Sexo: F
 Data Nasc.: 16.10.90 Natur.: Araguacema - TO
 CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 704.2047.62943288
 Profissão: _____ Endereço: _____
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: Neeris Alencar Pereira da Silva
 ENCAMINHADO POR: HPA de Araguacema
 PARA: HPA

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
 Justificar: FALTA DE MEDICINA

2 - Duração provável: _____ Transporte recomendável: _____
 Justificar: _____

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

4 - Há necessidade de acompanhante? SI PJ (5-38-S)
 Justificar: _____

5 - História da doença atual: IV: colu no SS, fechando pol
DU (-)
pot SA nota

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: _____
no obstáculo

22-11-17

[Signature]
(RM = 197)



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: Helena C. R. da Silva

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DA VIAGEM: 22 / 11 / 2017

DESTINO: Hosp. Regional Paraíso

HORÁRIO DE SAÍDA: 10 : 00

HORÁRIO DE CHEGADA: 20 : 00

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

RELATÓRIO DE VIAGEM

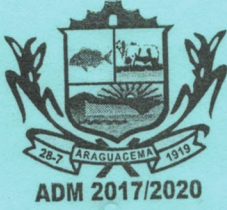
Tragei levando a paciente Helena C. R. da Silva no dia 22-11-17 para o Hosp. Reg. Paraíso

13 / 12 / 2017

DATA

Regina 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

Manoel de
Ferreira

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Manoel Sebastião S. Lima Sexo: M
Data Nasc.: 19101151 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: H DPA
PARA: Reg. Paraiso - Palmas

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: Não há laboratório pl colher exames

2 - Duração provável: 3h. Transporte recomendável: Ambulância
Justificar: Suporte de O₂

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim
Justificar: Risco de IAM

4 - Há necessidade de acompanhante? sim
Justificar: Necessário manipular balc. de O₂

5 - História da doença atual: pt, 67 anos, HAS meus, apresentando precordialgia, ansiedade e epigastria, episódios de vômito e perda de consciência temporária. Não faz uso regular de anti hipertensivos.

6 - Exame físico: pt REG, pele, corado, queixura, relativamente dispneico. PA: 160 x 100. AP. LIV@SRA, AC - 30RUF@T SIS.

7 - Diagnóstico provável: IAM?
Angina Intórel?

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): - AAS 300mg SL
- Ibuprofeno 5mg SL
- Atorvastatina 25mg.

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

quoto

Manoel de
Ferreira
Médico
CRM-TO 4281

Belva

23-11-17



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: Marcel Sebastião S. Figueira

IDADE: _____

ENDEREÇO: Rua Couto Mapeamentos

DATA DA VIAGEM: 23/11/17

DESTINO: Palmas

HORÁRIO DE SAÍDA: _____:_____

HORÁRIO DE CHEGADA: _____:_____

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: Leandro R. Silva

RELATÓRIO DE VIAGEM

De grave P. e especialista

14 / 11 / 17

DATA

Leandro R. Silva

ASSINATURA



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: _____

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DA VIAGEM: ____/____/____

DESTINO: _____

HORÁRIO DE SAÍDA: ____:____

HORÁRIO DE CHEGADA: ____:____

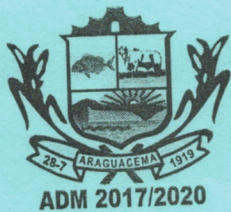
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

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

Domingos

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Itaíson Elias de Souza Sexo: M
Data Nasc.: 29/11/92 Natur.: Araguacema
CPF: 048.848.261-59 RG.: 1.147.318 SUS/CNS: 2038302918400001
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: Adão Elias dos Santos
Nome da Mãe: Diedade Pereira de Souza
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema
PARA: Hosp. Regional de Paraíso

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: Acidente de moto e dor na perna e

6 - Exame físico: Edema, limit de movimentos da perna e

7 - Diagnóstico provável: fratura perna e

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Traumal 100 + Dipirona 2g ev.

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

Avaliação ortopedica

RFO TO - 25-11-17

Dr. Maurício
CIRURGIÃO GERAL
CRM-TO 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: ITAESOM. DIAS.

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DA VIAGEM: 29 / 11 / 2017

DESTINO: PARDISO.

HORÁRIO DE SAÍDA: 22:00 : MOND

HORÁRIO DE CHEGADA: 11:30 : MOND

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

RELATÓRIO DE VIAGEM

Viaje BOR - VIAGEM

18 / 02 / 2017

DATA

Dominosol

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

Wanderley Zenaide

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Silvan Costa Marcel Sexo: M
Data Nasc.: 15-11-83 Natur.: S. qualob Araguaia
CPF: 970118352-53 RG.: 185.004 SUS/CNS: PA
Profissão: _____ Endereço: PA n. canaã
Nome do Pai: Edimilson Marcel
Nome da Mãe: Cleusa Costa Marcel
ENCAMINHADO POR: _____
PARA: Palmas

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: SI Especialista

2 - Duração provável: 30 min Transporte recomendável: Ambulância
Justificar: SupORTE d O2

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim
Justificar: Risco de rebancamento de compressão

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim
Justificar: Acesso muito ruim!

5 - História da doença atual: Pol. retina de quadrante por asma, bronca, em região cervical anterior. Refere leve dificuldade para respirar. Birmo relata muita perda de sangue no local.

6 - Exame físico: Pol RCG, ferimento em ng. cervical, sem comprometimento da pele.

7 - Diagnóstico provável: _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): solução cristalina
O2.
encaminhamento

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

Ultrassom e conecção
Thaylane Araújo e Silva
Médica
CRM-TO 4327
R. D. D. D.

26-11-17



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: ____:____

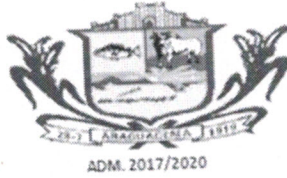
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

RELATÓRIO DE VIAGEM

____/____/____

DATA

ASSINATURA



ESTADO DO TOCANTINS
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: 26/11/17

DESTINO: Palmas

HORÁRIO DE SAÍDA: _____:_____

HORÁRIO DE CHEGADA: _____:_____

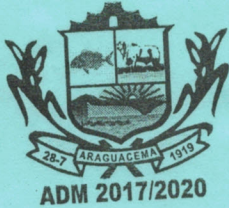
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

RELATÓRIO DE VIAGEM

26/11/17 O especialista _____

14/12/17
DATA

Leivade R. Rocha
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

Delegada
[Signature]
Quilo
Palmeiras

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Joanete Cavallho Luz Sexo: F
Data Nasc.: 28/09/137 Natur.: Sta. m. do. Bonino PI
CPF: 018. 018865 - 34 RG.: 15 06 2011 SUS/CNS: _____
Profissão: apresentado Endereço: Rua Tomás, Velho
Nome do Pai: Antonio Coelho da Luz
Nome da Mãe: Francisco Alves de Carvalho
ENCAMINHADO POR: HPPA
PARA: Reg. Parais

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: Ausência de lab. p/ pedir exames

2 - Duração provável: 01 h Transporte recomendável: Ambulância
Justificar: suporte O2

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim
Justificar: Risco de PCR

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim
Justificar: Possui necessidade de uso de O2

5 - História da doença atual: Id. 80a, el. história prévia de Angioplastia no Cor, referindo dor em aperto em reg. precordial, sem repercussões. Apresenta do pele fria e calafrio. Uso de Atendos / Modos / Monocardis

6 - Exame físico: Pt. melanc, el. pele gelatinosa, suor frio. PA: 190x100.
AC - Bulhas anormais S1S.

7 - Diagnóstico provável: IAM?

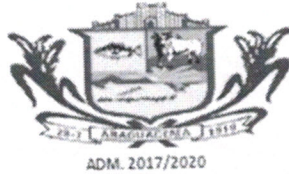
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias):
ECG. Código (CID): _____

9 - Tratamento(s) realizados(s): AAS 300 mg.
monocardil (em domus).

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

[Signature]

27-11-2017



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

CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

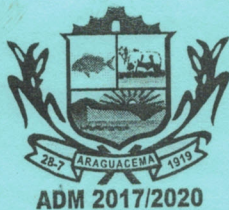
NOME DO PACIENTE: Ironete Carvalho Luz
IDADE: _____
ENDEREÇO: _____
DATA DA VIAGEM: 27/11/2017
DESTINO: Hosp. Ref. Paraíso - seguindo até Hal Palmas
HORÁRIO DE SAÍDA: 02 : 00
HORÁRIO DE CHEGADA: 13 : 00
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: Duilo

RELATÓRIO DE VIAGEM

Viagem emergencial no dia 27-11-2017 levando a paciente Ironete C. Luz acomp. pelo tec. enf. Duilo para o Hosp. Ref. Paraíso seguindo até Palmas.

_____/_____/_____
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: Ysot Marciel Alcântara Sexo: M
Data Nasc.: 05/05/13 Natur.: Redenção PA 414
CPF: _____ RG: _____ SUS/CNS: 8986045133647
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: Marciel Silva Alcântara
Nome da Mãe: Geleco Silva Martins
ENCAMINHADO POR: PALMAS
PARA: _____

LAUDO MÉDICO

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

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: CRANICA C/ CRISE CONVULSIVA
15/11 em uso de dipakivl.

6 - Exame físico: Obs: UMA CRISE dia 29/11/17 às 11:00h

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 NEUROLOGISTA

(dia 11/11/17)

Danilo Alencar
Ginecologista/Obstetra
CRM-TO 2972

27/11/17



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: ISAAC MARCIEL ALCANTARA

IDADE: 05/05/13

ENDEREÇO: _____

DATA DA VIAGEM: 27, 11, 2017

DESTINO: PALMAS

HORÁRIO DE SAÍDA: 08 : 12

HORÁRIO DE CHEGADA: 21 : 05

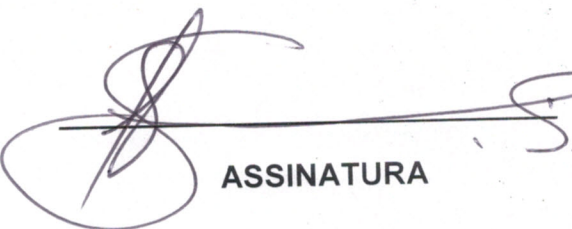
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

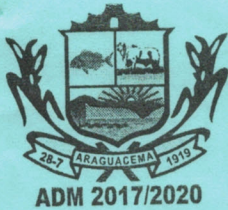
RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

13, 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 Nº 863 - CENTRO

20901
Fornalista

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Jonas dos Santos Ribeiro Sexo: M
Data Nasc.: 07/12/90 Natur.: Araguacemense
CPF: 031.577.851-25 RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: Rua August de Cavias
Nome do Pai: Liamilson R. Ribeiro
Nome da Mãe: Moris Bonfim Gomes dos Reis
ENCAMINHADO POR: HPPA
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: ≠ clavícula ??

4 - Há necessidade de acompanhante?
Justificar: NAO

5 - História da doença atual: Período contínuo de acidente automobilístico, do lado da mão direita do, vertido, porém orientado, no ponto de impacto, dias após o acidente, 504981-3mm O2, ausím

6 - Exame físico: do de Hemograma

7 - Diagnóstico provável: _____

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____ Código (CID): _____
fib-rx torax
- rx clavícula (A)
- Rx Tórax (A)

9 - Tratamento(s) realizados(s):
Hidratação venosa + tramal + observação por 24HS

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

Prontidão + condutas

[Assinatura]

27/11/17



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: JORGE DOS SANTOS RIBEIRO
IDADE: _____
ENDEREÇO: RUA DUQUE DE CAXIAS.
DATA DA VIAGEM: 27 / 11 / 17
DESTINO: PARAISO DO TOCANTINS HRP
HORÁRIO DE SAÍDA: 22 : 30
HORÁRIO DE CHEGADA: 10 : 45
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: JENAIDE

RELATÓRIO DE VIAGEM

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE VITIMA
DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

14 / 12 / 17

DATA

TAQUEU R. LOPES.

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: Jorge Santos Ribeiro
IDADE: 07.12.90
ENDEREÇO: Rua Duque de Goiás
DATA DA VIAGEM: 27/11/17
DESTINO: Paraisópolis
HORÁRIO DE SAÍDA: _____:_____
HORÁRIO DE CHEGADA: _____:_____
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: Leandro R. Rocha

RELATÓRIO DE VIAGEM

Plt, cl. oncofente de onco.

19/12/17

DATA

Leandro R. Rocha

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: Barbosa da Silva Sexo: F
Data Nasc.: 07/08/1989 Natur.: Brasileira
CPF: 1.112.944 SUS/CNS: 700500303467452
Profissão: _____ Endereço: Rua Corapis - Araguacema
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Mãe da glória v. da Silva
ENCAMINHADO POR: HPPA
PARA: HRP

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: SJ PM1 falta Medicação

2 - Duração provável: _____ Transporte recomendável: _____
Justificar: _____

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

4 - Há necessidade de acompanhante? _____
Justificar: SIM

5 - História da doença atual: SJ PM1 15/08/20

6 - Exame físico: MARCOSSOMIA + trabalho de parto
ru: colo e dilatao, DU(+) rano

7 - Diagnóstico provável: BCF = 154
Algoido => MICO Código (CID): Pré-eclâmpsia

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 obstetria

28- 01 17

(Rw = 197)



ADM. 2017/2020

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

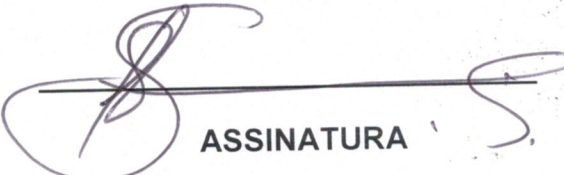
CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

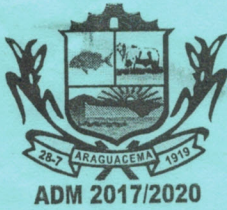
NOME DO PACIENTE: PEREIRA DA SILVA
IDADE: _____
ENDEREÇO: RUA CARAJAS - ARAGUACEMA.
DATA DA VIAGEM: 28, 11, 17
DESTINO: PARAISO
HORÁRIO DE SAÍDA: 04 : 31
HORÁRIO DE CHEGADA: 18 : 21
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE

13, 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 Nº 863 - CENTRO

JULIANO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Nara Maria Jaime Sexo: F
Data Nasc.: 02/01/75 Natur.: Quirinópolis
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 898.001132017013
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: Jaime C. Pedro
Nome da Mãe: M^{re} do C. P. dos Santos
ENCAMINHADO POR: APMA
PARA: HRP ~~_____~~ Palmas

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Falta Especialistas

2 - Duração provável: 02:30 Transporte recomendável: ambulância

Justificar: + Fibra

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

Justificar: + fibra ??

4 - Há necessidade de acompanhante? N

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Pete repete em caídas de pernas altera e rubor bastante em no membros.

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: + fibra

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): - Rx fibra e Fibula

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

Análises e condutas
12/10/17
17/02/17



ADM. 2017/2020

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

CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

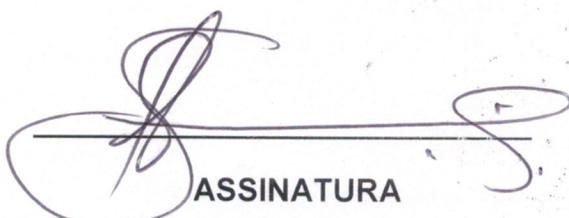
NOME DO PACIENTE: NARA MARIA JAIME
IDADE: 02/01/75
ENDEREÇO: _____
DATA DA VIAGEM: 29 / 11 / 17
DESTINO: PALMAS
HORÁRIO DE SAÍDA: 06 : 20
HORÁRIO DE CHEGADA: 20 : 46
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

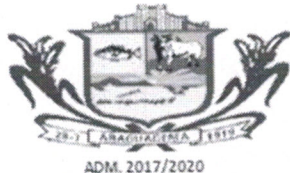
RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAGEM DENTRO DA NORMALIDADE.

13 / 12 / 17

DATA


ASSINATURA



ADM. 2017/2020

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

Am Bulot oual
Waminquinha

CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: VENICIO SILVA

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DA VIAGEM: 20 / 11 / 2017

DESTINO: PALMAS

HORÁRIO DE SAÍDA: 04:30: HRDS

HORÁRIO DE CHEGADA: 20:48: HORDE

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

RELATÓRIO DE VIAGEM

UMP - BOR - VIAGEM

18 / 11 / 2017

DATA

Dominique

ASSINATURA



ADM. 2017/2020

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

*Ambrósio
Homenojunho*

CONTROLE DE VIAGENS (ENCAMINHAMENTO)

NOME DO PACIENTE: COPETE - TAVARES
IDADE: PARAISSO
ENDEREÇO: _____
DATA DA VIAGEM: 22 / 11 / 2017
DESTINO: PARAISSO
HORÁRIO DE SAÍDA: 05 : HRAS
HORÁRIO DE CHEGADA: 21:30 : HORAS
TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

RELATÓRIO DE VIAGEM

VMP - BOP - VIAGEM

18 / 12 / 2017
DATA

Dominica
ASSINATURA

Am. G. L. S. S. S. S.
Domingos



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: JOSE-ARLDO

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

DATA DA VIAGEM: 25.12.2017

DESTINO: PALMAS

HORÁRIO DE SAÍDA: 06 : HRPS

HORÁRIO DE CHEGADA: 22:15 : HRPS

TÉC. ENF. ACOMPANHANTE: _____

RELATÓRIO DE VIAGEM

VIAJ. BOA VIRGEN.

18.12.2017
DATA

Domingos
ASSINATURA