

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

Deixe

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Antonio Soares Lopes Sexo: M
Data Nasc.: 02.02.55 Natur.: Pedra Branca - CE
CPF: 774648691-68 RG.: 124.233 SUS/CNS: 106809266398523
Profissão: _____ Endereço: PA Tarumã - Araguacema
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Elvina Soares Lopes
ENCAMINHADO POR: HPPA
PARA: Hosp. reg. Barão

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: SI laboratoriais p/ colher material

2 - Duração provável: 9h Transporte recomendável: Ambulância
Justificar: Presença de O₂

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

4 - Há necessidade de acompanhante? sim
Justificar: Uno de apoio venoso periférico

5 - História da doença atual: H, relata queda de colina paravaca há 9h, repouso dor local que resolveu p/ NED. Não outros queixas.

6 - Exame físico: EG, ausculto, hidratado, dor a palpatoes em pé (D) exacerbado a mesma local. Digressão: 10ml diurese durante 1 dia e meio.

7 - Diagnóstico provável: IRA?

_____ Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Acetazolam 100mg + Hidrocortisona 100mg + SG 500ml
Soro anti hotoxica 3 ampolas + SG 500ml.
Ceftriaxone 1g + sintomáticos.

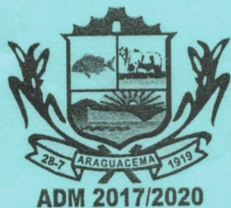
10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: Avulsões e condute

Thaylane Araújo e Silva
Médica
CRM-TO 4327

01.10.17

Dedee

Deepee



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: Valudson Pereira da Souto Sexo: _____

Data Nasc.: _____ Natur.: _____

CPF: 031.610601-13 RG.: 1035.607 SUS/CNS: _____

Profissão: _____ Endereço: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: Domingo da Silva Souto

ENCAMINHADO POR: HPRA

PARA: Hop. Reg. Povoado

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: _____

2 - Duração provável: 3h Transporte recomendável: ambulância

Justificar: Os.

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Risco de perfurações do pulmão

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: Acesso veiculo eventual

5 - História da doença atual: Paciente, vítima de acidente por arma branca, em região de acesso post-inferior.

6 - Exame físico: AP - MV (+) SRA Presença de coto e região post-inferior
AC - S/A

7 - Diagnóstico provável: _____

_____ Código (CID): _____

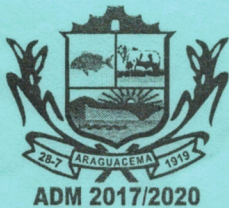
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____

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

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

Analgesia e conduto

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

Juliano

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Karoline da Silva Santos Sexo: F
Data Nasc.: 19-01-2002 Natur.: Araguacema
CPF: _____ RG.: 1310.1461550-70 SUS/CNS: 265.106396983340
Profissão: _____ Endereço: Av. Argemiro
Nome do Pai: Alino de Silva
Nome da Mãe: Regina Evangelista dos Santos
ENCAMINHADO POR: HPP de Araguacema
PARA: HRB

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: SI laboratório

2 - Duração provável: 5 h. Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: suporte O₂.

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim glicemia

Justificar: letargia e pico hiperglicêmico / ~~glicemia~~ de nível contínuo

4 - Há necessidade de acompanhante? sim

Justificar: Assos tenores perifericos

5 - História da doença atual: pt. 15 anos, portadora de DM tipo I, há 5 dias sem uso da insulina, admitida na Unidade de Pico Hiperglicêmico (Dextro 41), hiperventilação, cetose, mênstrua.

6 - Exame físico: AP - MYD SRA IAC - BURNFOTISIS. SÍ 99% FC: 100. Hiperventilação.

7 - Diagnóstico provável: Cetose diabética

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): SFO 9% 500ml 8/8h, + insulina Reg 12UI + insulina Apida 12UI (p/c. pd) + Gomal.

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

Avaliação e conduto

Thaylane Araújo e Silva
Médica
CRM-TO 4927

02.10.17

Laqueado e Encaixado



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: Dominicos Alves da Silva Sexo: M
 Data Nasc.: 02/08/42 Natur.: Couto Mosa/MS
 CPF: _____ RG: 503-264 SUS/CNS: 160337851270003
 Profissão: Louçador Endereço: Semhor do Bomfim
 Nome do Pai: Antônio Alves de Sousa
 Nome da Mãe: Idalina Pereira
 ENCAMINHADO POR: HPPA
 PARA: Encaminhado para HCOB (Palmas)

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Falta médico

2 - Duração provável: 02:30hs Transporte recomendável: Ambulância

Justificar: Falta médico

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: Falta médico

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Queixa idosa referindo dor em região epigástrica + 02 dias, semelhança, náuseas, em ingestação, feito analgesia sem sucesso.

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: _____

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s):

- Inama 100mg
 - SF 500ml
 - comp B e vit C } (EV)

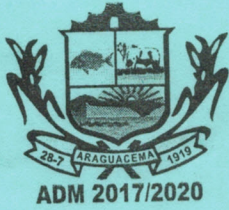
10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: _____

Atenção e condutas

Araguacema 04/10/17

[Handwritten Signature]
 Pedro Cláudio S. C. Lima
 Enfermeiro
 CRFEN-TO 793
 Gráfica & Editora Tocantins - 63 3361-1792

Zaqueel



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: GLEYCE ALVES DE ANDRADE Sexo: FEM.
Data Nasc.: 13/07/1997 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 702504052205130
Profissão: _____ Endereço: RUA CEARÁ
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: CLÍNICA MÉDICA
PARA: OBSTETRICIA HRP

LAUDO MÉDICO

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

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim
Justificar: QUADRO CLINICO ATUAL

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO
Justificar: _____

5 - História da doença atual: GIROTO / GUM Q1102117 / IG: 37sem + 2d / REF: @
TOQUE: 3cm APRESENTADO 30% / DU FALSA / CONTINUAÇÃO 1.40

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: PRÓDRÔMOS T.P

Código (CID): _____
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): ANAMNESE + EXAME FÍSICO

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

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

Dr. Alexander L. Pereira
CRM - TO 3976

05/10/17



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

*Não houve
Encaminhamento*

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Silvane P. de Silva Sexo: F
Data Nasc.: 14/05/1996 Natur.: Brasileira
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: Adriano B. de Silva
Nome da Mãe: Maria do Carmo P. de Souza
ENCAMINHADO POR: Hospital de Araguacema - TO
PARA: Hosp. Reg. de Coqueiro - TO

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: Não dispomos de esses laboratórios e USG.

2 - Duração provável: duas horas Transporte recomendável: Ambulância
Justificar: Uma Transporte veicular.

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Não
Justificar: Paciente não se encontra em condições de urgência

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim
Justificar: _____

5 - História da doença atual: Paciente relata sangramento vaginal de grande intensidade há 1 dia. Afirma que há dor pélvica, há 2 dias, e que apresenta febre e náuseas, sem presunção de gravidez.

6 - Exame físico: TU: Dilatação de 1cm, cervix sangramento.

7 - Diagnóstico provável: Aborto completo? Aborto incompleto
Código (CID): _____

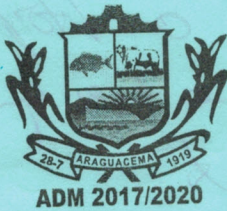
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____

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

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:
Medicamento de ultramar e analgésicos - por via oral de acordo com o quadro.

05-10-17

Dr. Gláucio Nobrega
Médico
CRM-TO 4642



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: Stiane J. de S. S. Sexo: F
Data Nasc.: 14/05/1996 Natur.: Brasileira
CPF: _____ RG: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: Roberto B. de S. S.
Nome da Mãe: Maria do Carmo C. de S. S.
ENCAMINHADO POR: Hospital de Pequeno Porte de Araguacema - TO
PARA: Hop. Reg. de Caxaria - TO

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: Por dependência de exames laboratoriais e USG.

2 - Duração provável: duas horas Transporte recomendável: Ambulância
Justificar: Uma transportadora local

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim
Justificar: Doente não se encontra em condições de aguardar

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim
Justificar: _____

5 - História da doença atual: Doente relata dor abdominal aguda de grande intensidade no 1º do. Abdom. que há 2 dias há 2 dias e que apresenta febre e náuseas sem vômitos.

6 - Exame físico: TC: Dilatação do 1º do. ceco com espessura

7 - Diagnóstico provável: Abdo. completo? Abdo. incompleto
Código (CID): _____

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

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

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico:
Manejo do Ultrassom para definir se há ou não o quadro.

05-10-17

Dr. Gláucio Nóbrega
Médico
CRM-TO 4642

Obs: Como Próprio



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: Mauro N de Silva Sexo: M
 Data Nasc.: 07/09/1993 Natur.: Brasileiro
 CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
 Profissão: _____ Endereço: _____
 Nome do Pai: Valdemar N. de S. Lira
 Nome da Mãe: Silviana C. Silva
 ENCAMINHADO POR: Hop de Araguacema - D
 PARA: Hop Reg de Pacientes - T

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
 Justificar: Paciente querendo fazer o exat

2 - Duração provável: 2 dias Transporte recomendável: Até 2 dias
 Justificar: Como transporte usual

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim
 Justificar: Não é uma emergência, paciente está estável

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim
 Justificar: _____

5 - História da doença atual: Paciente querendo fazer o exat em 5º ddd do neo (C) no braço.

6 - Exame físico: Ver o inchado do 5º ddd

7 - Diagnóstico provável: Fragor exat de fadiga do 5º ddd do neo (C).
 Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Analgesia - Opioide 2g + Corticoide 240mg (60)

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: Indicados com o uso de analgesia

Dr. Gláucio Nóbrega
Médico
CRM-TO 4642

05-10-17



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

Como próprio

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: João Marcos de Sa' Sexo: _____

Data Nasc.: _____ Natur.: _____

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

Profissão: _____ Endereço: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

ENCAMINHADO POR: Yudistey Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 - TO

PARA: Dr. Infância Alunas

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Necessidade Análise de Red

2 - Duração provável: 3h Transporte recomendável: _____

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? _____

Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante? _____

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Laetude de 9 meses há ± 10d

com quadro resp. foi iniciado há 48hs
com tosse e febre. Hoje apresenta-se dispneia

6 - Exame físico: com tiragem e estidor. Dece

de encaminhamento

7 - Diagnóstico provável: foi realizado Rx. (sem gueludo

sem nas secreções de secreções conjuntivas)

Código (CID): _____

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

AS. Água B?

9 - Tratamento(s) realizados(s): pneumonia?

bronquite??

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

Encaminhado a Dr. Infância

* foi admitido no Hospital de Pequeno Porte de Araguacema - Tocantins.



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: Igor Caudido Sexo: Masc
Data Nasc.: 17/09/1999 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio
Médica CRM 3398 - TO
PARA: Hosp. R. Barroso

LAUDO MÉDICO

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

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

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

4 - Há necessidade de acompanhante? _____
Justificar: _____

5 - História da doença atual: _____

6 - Exame físico: Boa na palpação, subfôno
pericardial

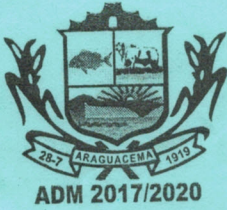
7 - Diagnóstico provável: Síndrome coronária aguda I
Código (CID): _____

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

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

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

Yudisley Guerrero Osorio
Médica CRM 3398 - TO
[Assinatura] 09/10/17



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

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Samuel Barbosa de Lima Sexo: masculino
Data Nasc.: 23/07/06 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: Dr. R. Paraiso
PARA: _____

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: necessidade de medicamento Ortopedia

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

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

4 - Há necessidade de acompanhante? _____
Justificar: _____

5 - História da doença atual: Suprimento de fratura (traumatismo).

6 - Exame físico: apresentava edema, dor e impotência funcional

7 - Diagnóstico provável: fratura de corpo de fêmur D
Código (CID): _____

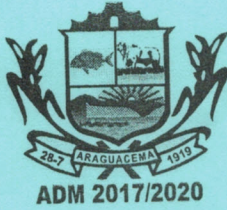
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): RX.

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

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

medicamentos e edema
estrola

Rudisley Guerrero Osorio
Médico
CRM 5398 TO



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

Juliano

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Ployce Alves de Andrade. Sexo: F
Data Nasc.: 13/07-97 Natur.: Paraguacema
CPF: _____ RG.: 1.037.661 SUS/CNS: 70350405330513
Profissão: Do Zor Endereço: R. Ceará
Nome do Pai: Carlos de Andrade
Nome da Mãe: Clarice de Tavares
ENCAMINHADO POR: [Signature]
PARA: Hosp. Reg. Parauibe

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: realização por 6-0

2 - Duração provável: 012 hrs. Transporte recomendável: aceitação
Justificar: _____

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

4 - Há necessidade de acompanhante? sim
Justificar: _____

5 - História da doença atual: gestação: 37.6 semanas. Sem
complicações

6 - Exame físico: BCF: 148 DO: 0110 (00xg)
T. Vag: outo dilatado 3-4cm.

7 - Diagnóstico provável: Trabalho de Parto a Termo.
Código (CID): _____

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

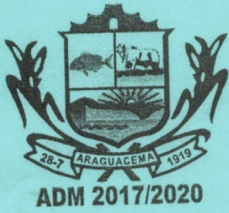
9 - Tratamento(s) realizados(s): encaminhamento

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

Yudisley Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 TO

09/10/17

Dominguinho



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: Manoel Bezerra Almeida Sexo: _____
 Data Nasc.: _____ Natur.: _____
 CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
 Profissão: _____ Endereço: _____
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osório
 ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osório
 PARA: Hosp. R. Francisco

LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: 3h Transporte recomendável: _____
 Justificar: _____

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

4 - Há necessidade de acompanhante? _____
 Justificar: _____

5 - História da doença atual: Suficiente queda com trauma

6 - Exame físico: fratura articular (cabeça humeral D)

7 - Diagnóstico provável: fratura cabeça humeral D

Código (CID): _____

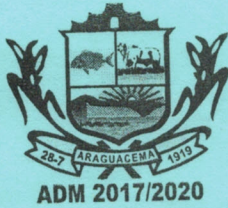
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____

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

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

Yudisley Guerrero Osório
Médica
CRM 3398 - TO

[Signature] 10/10/17



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

ZAQUEU R. LOPES.

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: José Silveira Pereira Sexo: M
Data Nasc.: 09-01-59 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 procedimento cirurgico

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

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

4 - Há necessidade de acompanhante? sim
Justificar: _____

5 - História da doença atual: diabético, portador do vírus HIV, queixa de fenda e secreção purulenta no halux D há 15 dias.

6 - Exame físico: Edema, hiperemia e ulcera ~~em~~ plantas do halux D e secreção purulenta

7 - Diagnóstico provável: pé diabético

Código (CID): _____

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

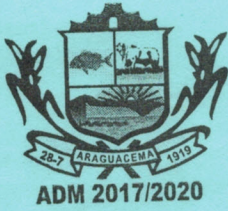
9 - Tratamento(s) realizados(s): _____

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

Avaliação especializada

Arag. 13-10-17

Dr. Manoel Silva
CIRURGIA GERAL
CRM-TO 137



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

Juliano
Zenaide

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Graciliano Barbosa Sousa Sexo: M
Data Nasc.: 27-08-27 Natur.: Vaucaí - PI
CPF: _____ RG.: 692.775 SUS/CNS: 2066119888400031
Profissão: _____ Endereço: Av. João Duarte de Souza
Nome do Pai: Antonio Barbosa
Nome da Mãe: Martinha Barbosa
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema
PARA: HRA

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: Avaliação clínico-laboratorial

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

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

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim
Justificar: _____

5 - História da doença atual: Idoso c/ demência senil, excluído c/ edema generalizado, dispnéia, distensão abdominal querendo del. dor. PA=14x9 Sxto 165

6 - Exame físico: neg, gemente, dispnéia, cianótico edemaciado. Taquiarritmia distensão abdominal

7 - Diagnóstico provável: TCC

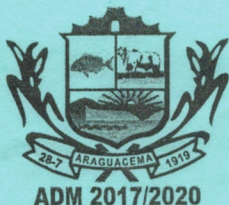
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____ Código (CID): _____
Não levou

9 - Tratamento(s) realizados(s): ledilamide 1 amp EV (4h) furose-onda 2 amp EV as 4h hidrocortisona 50mg EV as 4h e ceftriaxona 2g EV as 4h = Oximetilolona

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

Araguacema 14/10/17

Dr. Maurício S. Silva
CIRURGIÃO GERAL
CRM-TO 138



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

WALDEAR

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: WELAS EMANUEL CASTRO DA SILVA Sexo: MASC
Data Nasc.: 08/08/2012 Natur.: ARAGUACEMA - TO
CPF: (-) RG.: (-) SUS/CNS: 30050191054457
Profissão: (MEADOR) Endereço: PA DA MATA
Nome do Pai: OTAVIANO DE CASTRO SILVA NETO
Nome da Mãe: MARINETE MONTE DA SILVA
ENCAMINHADO POR: CUNHA MÉDICA
PARA: ORTOPEDIA / PEDIATRIA HRP

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSENCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

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

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: IDADE < 5 ANOS

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO

Justificar: ESTABIL HEMODINAMICAMENTE

5 - História da doença atual: WADIA DE AMOREVICOS COM SINAIS DE DESAL-

NHANCIO EM FERVA @

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: FRATURA DIAPHRAGMA DE TÍBIA DIREITA

Código (CID): _____

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

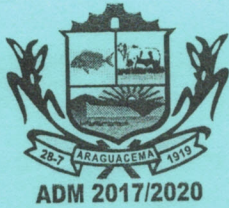
FRAGMENTADA DIAPHR TÍBIA DIREITA)

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

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

Dr. Alexander L. Pereira
CRM - TO 3976

31/01/17 AS 20:40



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

Como Próprio *J. enora*

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: MIGUEL VIEIRA COSTA Sexo: MASC
Data Nasc.: 29/12/1978 Natur.: ARAGUACEMA - TO
CPF: 878.404.961-20 RG.: 452407 SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: SETOR RENOPONTO
Nome do Pai: COSMO ALVES COSTA
Nome da Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA
ENCAMINHADO POR: CLÍNICA MÉDICA
PARA: NEUROLOGIA *HGP*

LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: (—) Transporte recomendável: AMBULANCIA
Justificar: QUADRO CLÍNICO

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM
Justificar: QUADRO CLÍNICO

4 - Há necessidade de acompanhante? SIM
Justificar: QUADRO CLÍNICO

5 - História da doença atual: PACIENTE ADMITIDO INCONSCIENTE NÍTIDA DE QUEDA DE
ALTURA HA 20 MIN. ALÉM DA QUAL

6 - Exame físico: CT. ELAFEGOW 17 PIF
A: PULSES 1 P: INE SCD DA LATERAL DE ANE S-S FC: 86bpm

7 - Diagnóstico provável: E: ESCONTECÃO 4- ENTORCIMENTO MÃO (E)
RECONHECIMENTO: ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIENTIA
- HD: TCE MODERADO Código (CID): _____

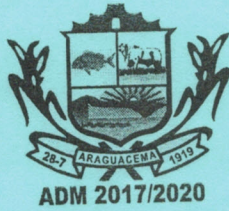
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): (—)

9 - Tratamento(s) realizados(s): - 5FO 0,9% 500ml + DEXAMETASONA 0,5ml (E)
- GH 50% 10ml (E)

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

11/10/17 15 09:20

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 Nº 863 - CENTRO

*Laguer
Lenciole*

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: GERALDA LAGANOS PINTO Sexo: FEM.
Data Nasc.: 10/11/1935 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: 386796-2 SUS/CNS: 700400036640247
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: JOSE BARBOSA LAGANOS
Nome da Mãe: MANIA DAS DORES DE JESUS
ENCAMINHADO POR: CLINICA MÉDICA
PARA: NEUROLOGIA HGP

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: IDADE + QUADRO CLÍNICO VIGENTE

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM
Justificar: QUADRO CLÍNICO

4 - Há necessidade de acompanhante? SIM
Justificar: QUADRO CLÍNICO

5 - História da doença atual: PACIENTE ADMITE SINCÓPES RECORRENTE RESULTO DE RITMO
LABIAL + NÚMERO C/D MEDICADO A DIETA

6 - Exame físico: ACU: RC3 2T HIPERTENSÃO RI FC: 77 bpm RUIÇOS CÍCLIC
AR: MUX 5CM RA SAT: 97%

7 - Diagnóstico provável: AUC isquêmica?

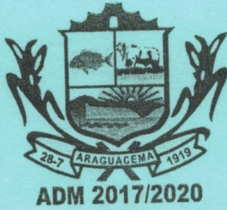
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____
Código (CID): _____

9 - Tratamento(s) realizados(s): - HIPERTENSÃO USADA (EF0.97 500mg + NITROGLICERINA 25
(PARAL 2mg + AD) @

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

14/10/17 15 09:00

4
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 Nº 863 - CENTRO

WANDERLEY

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

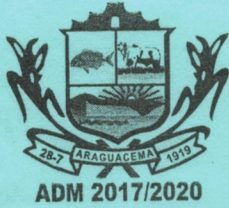
Nome: Yeni Emanuel G. Soares Sexo: MASC
Data Nasc.: 10/09/96 Natur.: Redenção PA
CPF: 056.610.311-73 RG.: 1.028.287 SUS/CNS: 20148443720018-1
Profissão: Sovador Endereço: RA Santa Clara
Nome do Pai: Yacir Batista dos Santos
Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio maric sandre gomes
ENCAMINHADO POR: Médica CRM 3398 TO
PARA: Hosp. Reg. Paraíso

LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: necessidade avaliação por ortopedio
- 2 - Duração provável: 3hrs. Transporte recomendável: acebalaucio
Justificar: _____
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? _____
Justificar: _____
- 4 - Há necessidade de acompanhante? _____
Justificar: _____
- 5 - História da doença atual: Acidente por queda de um tolo
fratura de mão e braço D. possivel
- 6 - Exame físico: fratura palmarica mão Esq.
- 7 - Diagnóstico provável: fratura radial e ulnar D.
Código (CID): _____
- 8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____
- 9 - Tratamento(s) realizados(s): _____
Tramaleo.
- 10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: _____

Yudisley Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 TO

10/05/17



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

Wondenberg

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Paulo R. da Costa, Vale Sexo: M
Data Nasc.: 21/02/03 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 998.0010.5013.2221
Profissão: Estudante Endereço: _____
Nome do Pai: Paulo Roberto da Costa, Sales
Nome da Mãe: ma Lucine Dias Sales
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio
PARA: H. Reg. Pambos
Medica
ICAM 3398 TO

LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: 3h. Transporte recomendável: _____
Justificar: _____

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

4 - Há necessidade de acompanhante? sim (solado).
Justificar: _____

5 - História da doença atual:
Queixa de dor
traumática no membro D.

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: Rx: fratura tibia e fibula D
Código (CID): _____

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

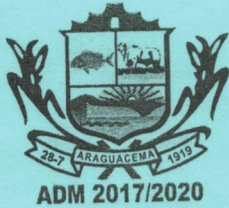
9 - Tratamento(s) realizados(s): immobilização

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

Yudisley Guerrero Osorio
Medica
CRM 3398 TO

Handwritten signature and date: 10/10/17

Zaqueu



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

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Antônio M da Conceição Sexo: F
 Data Nasc.: 20.05.44 Natur.: Para - MA
 CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 700.600445395361
 Profissão: _____ Endereço: Rua Toropis
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: Alma Nogueira da Conceição
 ENCAMINHADO POR: HAP de Araguacema
 PARA: HAP

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: fratura do 5.º dedo do
PI (d)

6 - Exame físico: _____

7 - Diagnóstico provável: fratura do 5.º dedo do PI

Código (CID): _____

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

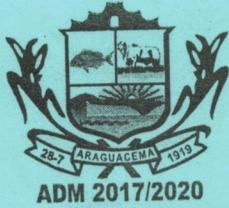
9 - Tratamento(s) realizados(s): _____

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

ao ortopedista

18-10-17

Daniel Alencar
 Ginecologista/Obstetrícia
 CRM-TO 2972



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

*metorisa
juliano.*

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

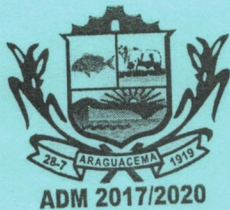
Nome: GISELY PINHEIRO SILVA Sexo: FEM.
Data Nasc.: 11/01/1992 Natur.: ARAGUACEMA - TO
CPF: _____ RG.: 1027598 SUS/CNS: 700008852232106
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: JOSE PINHEIRO DA SILVA
Nome da Mãe: MARIA ALVES SIQUEIRA
ENCAMINHADO POR: CUNCA MEIRA
PARA: OBSTETRICIA HRP

LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: AUSENCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE
- 2 - Duração provável: (-) Transporte recomendável: CAMIONET AMBULÂNCIA
Justificar: _____
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim
Justificar: PROGNÓSTICO T.P
- 4 - Há necessidade de acompanhante? NAO
Justificar: QUANDO INICIAL
- 5 - História da doença atual: # G3P2D0 # DUM. 29/01/17 # UEG: J35+Ed (28104)
- JG: 37cm + 4cl
- AFU: 34cm
- BCF: ⊕
- T080: 2-3cm, CEFÁLICO, PE. DU: FRACA, APAS 40%
- 6 - Exame físico: _____
- 7 - Diagnóstico provável: _____
HD: PROGNÓSTICO T.P
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*

19.10.17 AS 9:00



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

Domingo

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Elisanay Pereira de Freitas Lima Sexo: FEM.
Data Nasc.: 28-08-88 Natur.: PARAÍSO - TO
CPF: _____ RG: 1.007.381 2ª via SUS/CNS: 706.209.049.811.266
Profissão: _____ Endereço: LA CANA
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Ana maria Pereira de Freitas
ENCAMINHADO POR: CLINICA MEDICA
PARA: CIRURGIA GERAL 1166

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSENCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

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

Justificar: QUADRO CLÍNICO ATUAL

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: POSSÍVEL DETERIORAÇÃO CLÍNICA

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO

Justificar: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

5 - História da doença atual: PACIENTE ADMITIDA COM QUADRO DE DOR ABDOMINAL DILATA, TIPO CÓLICA INTERMITENTE, INÍCIO SUBITO E CARÁTER CONTÍNUO ASSOCIADO A RÔTAC (MV) E USUÍDO CF: ABD - RHA + FLÁCIDO DOR A PAIP. FID. DB (NEGATIVO)

6 - Exame físico: EXLUI COM DISTENÇÃO ABDOMINAL ASSOCIADO A AUSÊNCIA DO QUADRO DE DOR ABDOMINAL, COM PREDOMINÂNCIA EM FID (DB - DILATADO) + DEFESA

7 - Diagnóstico provável: - APENDICITE AGUDA; | COFONITE; | GESTAÇÃO ECTÓPICA;

Código (CID): _____

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): ANAMNESE + EXAME FÍSICO

9 - Tratamento(s) realizados(s): HIDRATAÇÃO + ANALGESIA (BUTORFAM COMBIDO + RANITIDINA)

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

Dr. Alexander L. Pereira
CRM - TO 3976

19/10/17 AS 13:45

Pontante de O
Outubro

a partir 20. 10. 2017

Dominiquinho

- x Paraiso I
- x Palmas

Juliano

- x Paraiso I
- x Palmas

Eaqueu

- x Paraiso I
- x Palmas

Wanderley

- x Paraiso I
- Palmas

Neque

- x Paraiso I
- x Palmas

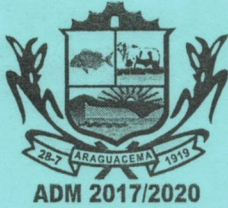
Zonardo

- x Paraiso I
- x Palmas

Entrega dia

20. 11. 17

D/ Pedro Claudio



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

Dominiquinho

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Tatiele da Silva Araújo Sexo: F
Data Nasc.: 01.05.95 Natur.: Araguacema
CPF: 050.542.161-54 RG.: 955.054 SUS/CNS: 700108962197220
Profissão: Do Lar Endereço: Rua: Maranhão
Nome do Pai: Ornelino Araújo da Silva
Nome da Mãe: Deziziane Alves da Silva
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema
PARA: HPP

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Necessária de Obstetria

2 - Duração provável: _____ Transporte recomendável: Am Sulamir

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante? _____

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Primegrávida de 40 sem, queixa de

redução da bolsa amniótica entre as 17h

Paciente Rh negativo.

6 - Exame físico: EF: B66 - corada - PA = 11x8 Ausência de

atividade uterina Tq: colo fechado + ROPREMA

7 - Diagnóstico provável: Gravidez de termo + ROPREMA

Código (CID): _____

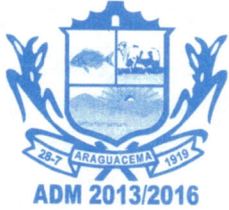
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____

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

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

Araguacema, 20/10/17

Dr. Marlene Silva
CIRURGIA GERAL
CRM-TO 137



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

JULIANO
ZENAIDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Tilda de Souza Brito Sexo: F
Data Nasc.: _____ Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: HPP - Araguacema
PARA: HRP

LAUDO MÉDICO

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

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

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

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim
Justificar: _____

5 - História da doença atual: GIV - PIII + gravidez de 39
semanas queixa contínuas uterina por
sem cólicas

6 - Exame físico: STG: corada - eufêmica - PA: 11x8 PCF: 140bpm
Apres. cefálica - Tg: colo c/ dilat. 4 cm

7 - Diagnóstico provável: Trab. de parto

Código (CID): _____

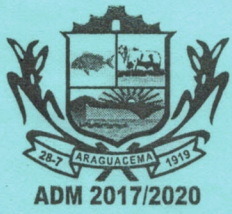
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____

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

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

Araguacema - 21.10.12 amirino

Taguen



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: Luis Fernando B. de Castro Sexo: M
 Data Nasc.: 18.04.01 Natur.: _____
 CPF: 084.095.851-84 RG.: 1.333.461/550-70 SUS/CNS: 998.0040.3353.8952
 Profissão: Estudante Endereço: Aterro Araguacema
 Nome do Pai: _____
 Nome da Mãe: Margari Regina de Castro
 ENCAMINHADO POR: Dr. R. Paraiso HPP-de Araguacema
 PARA: Yudisley Guerra Osorio MRP
 Médica CRM 3398-TO

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
 Justificar: necessidade de avaliação por URGIA
U. ORN.

2 - Duração provável: 01hr Transporte recomendável: _____
 Justificar: _____

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

4 - Há necessidade de acompanhante? não
 Justificar: _____

5 - História da doença atual: trauma nasal com
fratura de tabique

6 - Exame físico: deformidade e crepitação

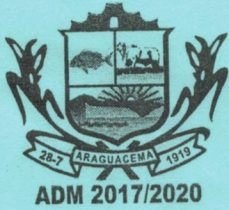
7 - Diagnóstico provável: fratura tabique nasal
 Código (CID): _____

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: _____

07/10/17
 Yudisley Guerra Osorio
 Médica CRM 3398-TO



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

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Tatiana dos Santos Silva Sexo: F
Data Nasc.: 01.02.93 Natur.: Pracuina - TO
CPF: _____ RG.: 038086242009-6 SUS/CNS: 708709102699692
Profissão: no bar Endereço: Rua Santa Clara - Pracuina
Nome do Pai: Yudisley Guerrero Osorio
Nome da Mãe: Yosi Geraldo da Silva
ENCAMINHADO POR: (assinatura) Mãe Maria Cecalves dos Santos
PARA: H. Reg. Paralelo

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: Necessidade de realizar USG.

2 - Duração provável: 01 hora Transporte recomendável: Ambulância.
Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente?
Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante?
Justificar: Deixante que supõe ser mãe

5 - História da doença atual:
Síndromes doloridas no abdome

6 - Exame físico: relata dor. fetais, BCF: 148'

7 - Diagnóstico provável: Trauma torácico abdominal.
+ Malabar placentar para descartar
Código (CID): deu a nome.

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

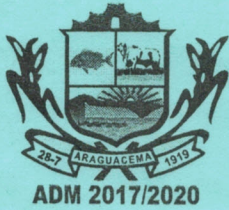
9 - Tratamento(s) realizados(s): _____

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

Yudisley Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 - TO

27/10/17

Wanderley



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

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Felipe Januário Pereira Sexo: _____

Data Nasc.: 21/9/97 Natur.: _____

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

Profissão: _____ Endereço: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio

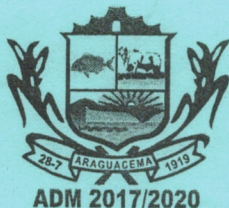
PARA: Hosp. Reg. Povoado

LAUDO MÉDICO

- Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: avaliação por Galopédia (sem especialistas no município)
- Duração provável: 01hr Transporte recomendável: _____
Justificar: _____
- Há necessidade de encaminhamento urgente? -
Justificar: _____
- Há necessidade de acompanhante? -
Justificar: _____
- História da doença atual: Traumatismo com corpo PTD
Apresenta dor, edema e supuração
- Exame físico: funcionais. Sem sinais de fratura
- Diagnóstico provável: no Rx. Código (CID): H. Agueira
fratura.
- Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): _____
- Tratamento(s) realizados(s): gelo
bandagem
repouso
- Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: _____

Yudisley Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 TO

31/10/17



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

WADENISE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Magalia Obreu de Jesus Sexo: _____

Data Nasc.: _____ Natur.: _____

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

Profissão: _____ Endereço: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio

ENCAMINHADO POR: CRM 3398 - TO

PARA: Hosp. Regional Aracá

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Necessidade de exames e procedimentos para
complementação - Avaliação por especialista

2 - Duração provável: 2h 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 antecedente de DM.

6 - Exame físico: Comparado relatado na história, sem

Hct: 400 mg/dl. PCV: 120 mmHg. PA: 140/90 mmHg.

7 - Diagnóstico provável: DM tipo 2

Insuficiência renal crônica.

Código (CID): _____

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

etc. Glicemia, T. Sg. Hemoglobina glicada, HbA1c, HbA1c

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

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

Atenolol (25mg) - 1cp v.o - O2.

AAS (100mg) - 2cp v.o

clonidina (não foi feita)

Yudisley Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 - TO

Wanderley



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

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: M. Breni Ferreira Louzada Sexo: masculino
Data Nasc.: 05.06.1984 Natur.: Município - TO
CPF: 05.06.1984 RG: 937.550-2ª via - SSP - TO SUS/CNS: 700.502187215059
Profissão: _____ Endereço: P.A. Baruma
Nome do Pai: Milton Silva Miranda
Nome da Mãe: Yudisley Guerrero Osorio Antônia Ferreira da Silva Miranda
ENCAMINHADO POR: CRM 3398 TO
PARA: Uosp. Reg. Paracico

LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: necessidade de avaliação por G.O.
- 2 - Duração provável: 212h. Transporte recomendável: Ambulância.
Justificar: _____
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim
Justificar: _____
- 4 - Há necessidade de acompanhante? sim
Justificar: _____
- 5 - História da doença atual: _____

6 - Exame físico: Exame com 37.2 sem x DUM e 37.6 sem x USG.

7 - Diagnóstico provável: Doença por perda de líquido e dores.
Hb: 14.0 Ht: 36.0 WBC: 11.0
SEF: 198 T. Vag: 0.00 Código (CID): 400

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s) (anexar cópias): Saida de SA.

9 - Tratamento(s) realizados(s): A: * Gestante a termo de 37.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: * Trabalho de Parto
* Cesárea cur
Hb: 14.0 Ht: 36.0 WBC: 11.0 (cesárea 2014).
6.

Yudisley Guerrero Osorio
CRM 3398 - TO



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

WAMBERLEY

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Rafael Moana de Oliveira Sexo: _____
Data Nasc.: _____ Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio
PARA: Hosp. Regional Paraisópolis

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Necessidade de avaliação médica

2 - Duração provável: 2 1/2 hrs. Transporte recomendável: ambulância

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? _____

Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante? _____

Justificar: _____

5 - História da doença atual: Acúcia de 24 anos, quadro de

febre e tosse de vários dias. Com 1x apre-

sentado de pneumonia, foi internado hoje

6 - Exame físico: sem sinais de pneumonia apesar do uso

de rosetham 1000mg, mas suado no momento

7 - Diagnóstico provável: deu pouca apontada e não aceita

oral. Decido encaminhar.

Código (CID): _____

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

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

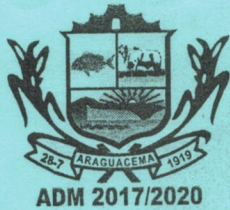
Rocephin 1000mg (1 dose)

ibuprofeno.

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

H: Moana
Adriana da Silva
Unidade.

Yudisley Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 - TO
Yudisley



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

Waquees
Lecorais

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Samara Nogueira Pereira Sexo: Fem
Data Nasc.: 16/02/2020 Natur.: _____
CPF: _____ RG.: 1.508.281 SUS/CNS: 70780367110
Profissão: _____ Endereço: Araguacema 815
Nome do Pai: _____ Antônio José V. Pereira
Nome da Mãe: _____ Sara Nogueira Leal
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osório Medica CRM 3398 TO
PARA: 12.º Curso

LAUDO MÉDICO

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

Justificar: necessidade atendida por 6-0

2 - Duração provável: 012 hr Transporte recomendável: ambulância

Justificar: _____

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

Justificar: _____

4 - Há necessidade de acompanhante? sim

Justificar: _____

5 - História da doença atual: gest com 39.3 semanas, abne

peritceido dor e cãibras. no ± 10 hrs.

sem perda de líquido.

6 - Exame físico: T. Vag: exame muito difícil (a pa-

rente não cobria)

7 - Diagnóstico provável: Impressão de 617 ou de deleção

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Seguido x USG 16/6 ⇒ 20 per

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

At: Gestação a termo de 39.3 sm.

Trabalho de parto.

Yudisley Guerrero Osório
Medica
CRM 3398