

hônios

Outubro e Novembro

22.10.18 ao dia 20.11.18

Domingos

\* Parais 6

\* Palmas 2

\* A. A/ Parais 1

\* A. A/ Palmas 2

550,00

Juliano

\* Parais 5

\* Palmas 5

\* A. A/ Parais 0

\* A. A/ Palmas 3

650,00

Zaqueu

\* Parais 5

\* Palmas 1 430,00

\* A. A/ Parais 0

Mário

\* Parais 4

\* Palmas 4

\* A. A/ Parais 0

\* A. A/ Palmas 1

500,00

Aleyrce

\* Parais 5

\* Palmas 0 1

\* A. A/ Parais 0

\* A. A/ Palmas 0 1

Zenaida

\* Parais 3

\* Palmas 0

Dulcio

0 2 - Palmas

370,00

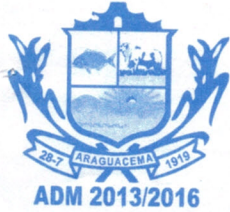
Rafael

\* Parais 0

\* Palmas 1

\* A. A/ Parais

\* A. A/ Palmas



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

*[Handwritten signature]*  
Dominguinho

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Lediane Pereira da Silva Sexo: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: [Handwritten signature]  
PARA: HUGO CARNEIRO

## LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: necessidade de avaliação pr 6-0
- 2 - Duração provável: \_\_\_\_\_ Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 4 - Há necessidade de acompanhante? Sim  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual: Der e contusão. BCF: 148'  
St. vag: Calo de 2cm
- 6 - Exame físico: Respiração, 20 a 22 l/min  
Procedimento de parto
- 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: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*  
Yudisley Guerrero Osório  
Médico  
CRM 3398 - TO

22/10/18 13:50 P.m



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: Pedro Eduardo Miranda dos Santos Sexo: MASC.  
Data Nasc.: 16/11/2014 Natur.: PARAISO - TO.  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 898 0045 3413 504  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: Eduardo Pereira dos Santos  
Nome da Mãe: Lucimara Miranda de Souza  
ENCAMINHADO POR: em  
PARA: Redismissao HRP

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Ausência de Especialista na localidade

2 - Duração provável: 04 Transporte recomendável: COURO/AMBULANCIA

Justificar: (-)

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: (-)

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO

Justificar: (-)

5 - História da doença atual: PACIENTE ADMITIDO COM QUADRO DE LINFONODOMEGIA CERVICAL E DINOIRO RECORRIDO A ESTADO FEBIL (EF: SIRIT) PRESCRITO ANTINFAMATORIO POR 48 HRS, PARA NOVA AVALIAÇÃO: EVOLUI COM AUMENTO

6 - Exame físico: DE LINFONODOMEGALIA ASSOCIADO A EDEMA EM HEMIFACE (D) COM PERSISTÊNCIA DA FEBRE (38°)

7 - Diagnóstico provável: HD- LINFONODOMEGALIA AIE (MONONUCLEOSE?)

Código (CID): \_\_\_\_\_

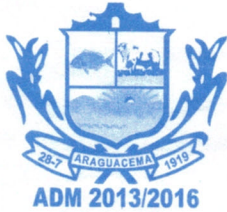
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): (NÃO DISPONÍVEL)

9 - Tratamento(s) realizados(s): (1) ZEPINOFERO 14 GTS 818u

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

ARAGUACEMA 24/10/18

Alexsander 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

Juliano  
e  
Zenaida

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Luciana Balbino de Almeida Sexo: fm  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natur.: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio  
PARA: Hsp. Reg. Purau's

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Necessidade de deslocamento por 0-0

2 - Duração provável: 2 horas Transporte recomendável: Ambulância

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sem

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

4 - Há necessidade de acompanhante? sem

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

5 - História da doença atual: Do: - 10.2 de 2011. Dor em  
braço e coxa direita

6 - Exame físico: T. Vag: 36.0 de 36.5 4-5 cm.  
baba integral

7 - Diagnóstico provável: BCP: 148  
UCC. Retard. Ativos

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: \_\_\_\_\_

H. Distração e relaxamento  
trabalho de Parto



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

*Caro Próprio*

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Anna Kamie P. Soares Sexo: fem.

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

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

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

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

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

PARA: \_\_\_\_\_

*Rudisley Guerrero Osorio*  
Médica  
CRM 3398 - TO

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: necessidade de avaliação por ortopedista

2 - Duração provável: 3hr. Transporte recomendável: ambulância

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

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

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

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

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

5 - História da doença atual: Queda de escada. Apresenta edema, dor no tornozelo D.

6 - Exame físico: Dr, edema tornozelo D.

7 - Diagnóstico provável: fratura de tornozelo D. Esquerda

Código (CID): \_\_\_\_\_

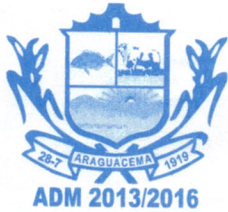
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): \_\_\_\_\_

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

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

See Rx devido a gestant

*Rudisley Guerrero Osorio*  
Médica  
CRM 3398 - TO



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

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Wanderley Souza Carneiro Sexo: Masc  
Data Nasc.: 10/08/90 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: H. Reg. Purcuso (PALMAS)

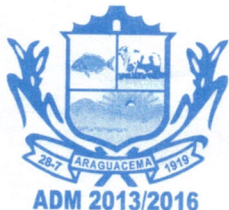
## LAUDO MÉDICO

- 1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.  
Justificar: Ausência de especialistas na localidade, necessidade de avaliação por neurologia
- 2 - Duração provável: 3 hrs Transporte recomendável: \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? \_\_\_\_\_  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 4 - Há necessidade de acompanhante? nao  
Justificar: \_\_\_\_\_
- 5 - História da doença atual: Casé convulsivas recorrente após TCE antigo.
- 6 - Exame físico: Glasgow 15.
- 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: \_\_\_\_\_

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO

25/10/18

Zaque



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: Alaide Tereza da Costa Sexo: Fem.  
 Data Nasc.: 14/07/1935 Natur.: SANTA VITÓRIA - MG  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 70410016455337  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua dos Buriti  
 Nome do Pai: Teodoro Joaquim da Costa  
 Nome da Mãe: Sebastião Barbosa de Freitas  
 ENCAMINHADO POR: CM  
 PARA: Ortopedia HRP

## LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: 04 Transporte recomendável: Carro/Ambulância  
 Justificar: \_\_\_\_\_

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

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

5 - História da doença atual: Queda da Própria Altura HA ± 08m Com Trauma em MSD Síndrome de consciência S/S. NAI de Alarme

6 - Exame físico: Limitação de movimento e dor intensa + hematomas em Região proximal de úmero

7 - Diagnóstico provável: fratura de colo de úmero (D)

Código (CID): \_\_\_\_\_

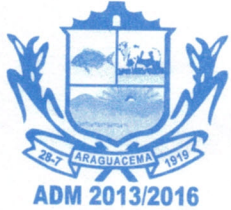
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): Rx de ombro / Braço / cotovelo

9 - Tratamento(s) realizados(s): Analgesia / Anti-inflamatório / Imobilização / Encaminhamento

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

Alexsander L. Pereira  
 CRM: TO 3976

ARAGUACEMA - TO  
 28/10/18.



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

Mano  
Zeneide

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Hellen Vitória M. Vieira Sexo: Fem  
Data Nasc.: 22/04/2002 Natur.: GOIÂNIA-GO  
CPF: 020.578.92-82 RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 898 0041 32961236  
Profissão: Menor Endereço: PA STA CLARA - ARAGUACEMA  
Nome do Pai: Edivaldo Vieira  
Nome da Mãe: Maria Divina Moraes  
ENCAMINHADO POR: CM  
PARA: OBSTETRIZIA HRP

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Ausência de Especialista na localidade

2 - Duração provável: 04 Transporte recomendável: COMO AMBULÂNCIA

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

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

4 - Há necessidade de acompanhante? Sim

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

5 - História da doença atual: # SJPDAO DUM 08/02/18 USG 13 Sem: (13/05/18)

# TG: 37 Sem + 3 dias # BCF ⊕ MF: ⊕ # Toque: Dilatação 4 Polps  
forçada / APOG: 401. Bolsa Integra DU: Finais.

6 - Exame físico: Obs: Presença de líquidos espessos em pequenas quantidades  
em dedo de LUVA (mucosas?)

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

Código (CID): \_\_\_\_\_

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

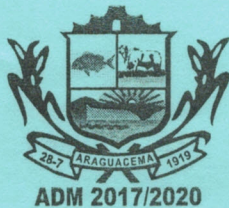
9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

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

ARAGUACEMA - TO  
27/10/18  
15:00H

Alexsander L. Pereira  
CRM-TO 3976





Domingos

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: CLEANE MARTINS DOS SANTOS Sexo: FEM.  
Data Nasc.: 01/10/1996 Natur.: ARAGUACEMA - TO  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 3036284 SSP TO SUS/CNS: 304.8070.3469.0647  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: SABINO MARTINS BARBOSA  
Nome da Mãe: MARICEIDE REIS DOS SANTOS  
ENCAMINHADO POR: CLINICA MEDICA  
PARA: OBSTETRICIA (HRP)

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSÊNCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

2 - Duração provável: 04 HORAS Transporte recomendável: AMBUÂNCIA

Justificar: (-)

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: (-)

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO

Justificar: (-)

5 - História da doença atual: GRÁVIDA DUM J210J18 / PUSG (2810818) - 30 sem + 5d

- IG: 41 semanas

6 - Exame físico: - PCF: 150 bpm

- TAQUE: CAB GROSSO / CI PARA TONCADO / BI

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código (CID): \_\_\_\_\_

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

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

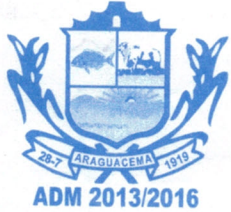
10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

ARAGUACEMA 26/10/18  
AS 10:45

Dr. Alexander L. Pereira  
CRM-TO 3976

Gláucia Zenaide

32181055



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

MIN  
Motoquista  
Mário  
Santos  
18

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: MARCOs MONTINs MENDES Sexo: MAS.  
 Data Nasc.: 31/05/2013 05 ANOS Natur.: PARAISO - TO.  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 898.0046.1616852  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: AV. GERAL 378 ARAGUACEMA - TO.  
 Nome do Pai: ANILTON COELHO MENDES  
 Nome da Mãe: SHEIKI OLIVEIRA MONTINs MENDES  
 ENCAMINHADO POR: CM  
 PARA: PEDIATRIA / NEUROLOGIA #GP

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSENCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

2 - Duração provável: 04 Transporte recomendável: AMBULANCIA

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM.

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

4 - Há necessidade de acompanhante? SIM.

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

5 - História da doença atual: QUEIXA DE PROPRAS ALTAS EVOLUINDO COM SONOLÊNCIA E INTUBILIDADE INTERMITENTE.

6 - Exame físico: SSVU ESTÁVEL E NORMAL FC: 110 T: 36° SATO2 99% GLASGOW 13 PUPILAS ISO/FOTO ⊕

7 - Diagnóstico provável: TCE

Código (CID): \_\_\_\_\_

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

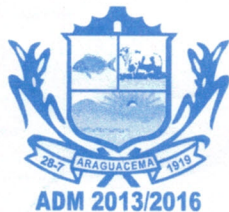
9 - Tratamento(s) realizados(s): \_\_\_\_\_

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

AVALIAÇÃO DO NEUROLOGISTA.

ARAGUACEMA 26/10/17

Dr. Maurício Pereira Silva  
Clínica e Cirurgia  
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

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Vanderlei de Sousa Carvalho Sexo: M  
Data Nasc.: 12-08-1990 Natur.: Paraná  
CPF: 041.107-551-50 RG.: \_\_\_\_\_ SUSICNS: 700.10396619213  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Lavínia  
Nome do Pai: José Pereira dos Santos  
Nome da Mãe: Lilene Barbosa dos Santos  
ENCAMINHADO POR: CLÍNICA MÉDICA  
PARA: NEUROLOGIA Palmas

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSENCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

2 - Duração provável: 04 HRS Transporte recomendável: AMBULÂNCIA

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? Sim

Justificar: (-)

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO

Justificar: (-)

5 - História da doença atual: PACIENTE ADMITIDO COM QUADRO SÍNCOPE APÓS

SUCESSIVOS EPISÓDIOS DE CRISE CONVULSIVAS DO TIPO TÔNICO - CLÔNICO

COM PERDA DE CONTROLE ESFINCTERIANO

6 - Exame físico: GLASGOW: 10/13

7 - Diagnóstico provável: \_\_\_\_\_

Código (CID): G407

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): FENOBARBITAL 1ml (SM)

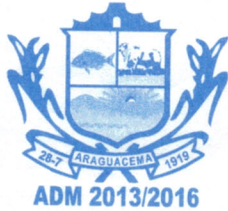
DIAZEPAM 5mg (SM)

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

ARAGUACEMA 29/10/18

AS 6:00.

Alexsander L. Pereira  
CRM-103976



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: LEONARDO GOMES LEONARDO Sexo: MASC.

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

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

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

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADO POR: CLÍNICA MÉDICA

PARA: NEFROLOGIA *(PALMAS)*

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: AUSÊNCIA DE ESPECIALISTA NA LOCALIDADE

2 - Duração provável: 04 HORAS Transporte recomendável: AMBULÂNCIA

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM

Justificar: (-)

4 - Há necessidade de acompanhante? SIM

Justificar: (-)

5 - História da doença atual: PROFITE APRESENTANDO TREMORES + NÁUSEAS + ALT. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA HÁ 12 HORAS

6 - Exame físico: EF: ICTERÍCIA (2+14)

7 - Diagnóstico provável: HD - IRC AGUDIZADA

Código (CID): \_\_\_\_\_

8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): UREIA = 151

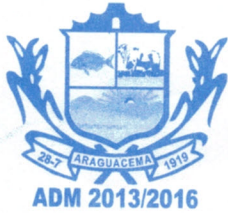
CREATININA = 6,6

9 - Tratamento(s) realizados(s): K = 5,6

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

*28/10/18*

Alexsander 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

*Chs. Lomo*  
*Proprio*

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

Nome: Fraulde Pereira Martins Alves Sexo: fev.  
 Data Nasc.: 21.06.64 Natur.: \_\_\_\_\_  
 CPF: 207986522-68 RG: 268.766 SUS/CNS: 702504379326531  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Coraís - Araguacema  
 Nome do Pai: João José Martins Souza  
 Nome da Mãe: Raimundo Pereira Martins  
 ENCAMINHADO POR: Dr. Oseirio  
 PARA: H.R. Fuzase

**LAUDO MÉDICO**

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

otolaringologista (ORL).

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

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

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

5 - História da doença atual: Paciente, SA, com quadro  
de sinusite de Efe, levou uso preventivo  
de Rocephen (5d). Outros sintomas

6 - Exame físico: apar hafeza lina 30m e hoje  
apresenta quadro de afogia de

7 - Diagnóstico provável: pac; com muito obstrução re  
pal.

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Bupreni, Paracetamol, Hidu  
contínuo.

10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_  
Hd Gastite Agudo  
Sinusite Aguda

*Yudisley Guerrero Osorio*  
 Médico  
 CRM 5398 TO

09/10/18



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: Jose Waqueel F. Siqueira Sexo: Max  
Data Nasc.: 02-12-17 Natur.: Araguacema  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ SUS/CNS: 898 0058 6360 7795  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Joazeiro  
Nome do Pai: Carlos Roberto Siqueira dos Santos Rocha  
Nome da Mãe: Eva Moura R. Fernandes Siqueira  
ENCAMINHADO POR: [Assinatura]  
PARA: H. Reg. Purouse

## LAUDO MÉDICO

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

Justificar: Necessidade de avaliação urgente por Pediatra

2 - Duração provável: 3hrs Transporte recomendável: ambulância

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

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? sim

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

4 - Há necessidade de acompanhante? sim

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

5 - História da doença atual: Gravos lactente de 5 meses

real relata que hoje começou a se sentir febre e dor abdominal.

6 - Exame físico: Malhado PAS - negativo

7 - Diagnóstico provável: Abd. Dolerose e febre

\_\_\_\_\_

Código (CID): \_\_\_\_\_

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Dibiroxa 100mg febre a 39°C.

\_\_\_\_\_

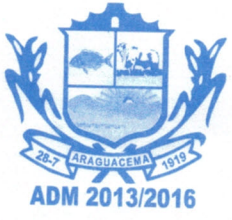
10 - Tratamento indicando suas vantagens sob o ponto de vista técnico: \_\_\_\_\_

H: Dar Abdominal e esclarecer

causa

Yudisley Guerrero Osorio  
Médica  
CRM 3398 - TO

Dez/18



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: BRUNO FELIPE DE MELO Sexo: MASC  
Data Nasc.: 26.05.93 Natur.: Araguacema  
CPF: 050.541.421.00 RG.: 913.308.55P170 SUS/CNS: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: Rua Tambois  
Nome do Pai: Deusni Batista da Silva  
Nome da Mãe: Benvenice Francisca de Sousa  
ENCAMINHADO POR: CLÍNICA MÉDICA  
PARA: ORTOPEDIA (HRP)

## LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: 04 HORAS Transporte recomendável: AMBULÊNCIA  
Justificar: (-)

3 - Há necessidade de encaminhamento urgente? SIM  
Justificar: (-)

4 - Há necessidade de acompanhante? NÃO  
Justificar: (-)

5 - História da doença atual: QUEIXA PRÓPRIA ALUNA + LUXAÇÃO OMBRO (E)  
HA 5 DIAS

6 - Exame físico: \_\_\_\_\_

7 - Diagnóstico provável: LUXAÇÃO OMBRO

Código (CID): \_\_\_\_\_

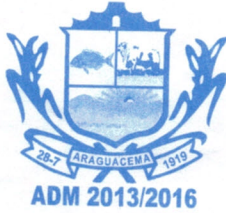
8 - Exame(s) complementar(es) realizados(s)(anexar cópias): NÃO DISPONÍVELS RX NA DATA

9 - Tratamento(s) realizados(s):  
① CETOPIROFENO 100mg (C)  
② DIFENHIDRAMINA 2mg (C)  
③ PROMETAZINA 2mg (M)

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

ARAGUACEMA 31/10/18  
AS 22:00

Alexsander 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

Secretaria de  
Saúde

## GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Resolite da Cruz Sexo: MASC  
Data Nasc.: 13-09-74 Natur.: Goiania - MA  
CPF: \_\_\_\_\_ RG.: 8342281550-TO SUS/CNS: 300.8071.95394062  
Profissão: Pedreiro Endereço: Rua Monte Gassosa  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: Neonice da Cruz  
ENCAMINHADO POR: Dr. H. Reg. Paraíso  
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?  
Justificar: \_\_\_\_\_

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

5 - História da doença atual: Traumatismo x Quedo  
de Mão

6 - Exame físico: Boa, Edema, limitação de

7 - Diagnóstico provável: Queda

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): H.D. Juxtação claviculor

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

Yudistley Guerrero Osorio  
CRM Médica 3598-TO