



Deyllee

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 SSP/TO SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: Rua Tamariz
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: QUEIMA PRÓPRIA ALTIMA + LUXAÇÃO OMBRO (E)
há 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 50mg (C)

③ PROMETAZINA 25mg (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 N° 863 - CENTRO

Secretaria
Saúde

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Deusdeto da Cruz Sexo: MASC
Data Nasc.: 13-09-74 Natur.: Goiania-MA
CPF: _____ RG.: 8342281550-70 SUS/CNS: 7008071953940
Profissão: Pedreiro Endereço: Rua Nêsto Gomes
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: Marcia Helena da Cruz
ENCAMINHADO POR: _____
PARA: Dr. H. Reg. Paraíso

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: Dor, edema, limitação de

7 - Diagnóstico provável: Doença D

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Hd. fixação clavícula

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

30/10/14

Yudisley Guerra Osorio
Médico
CRM 3593-70



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: Jose Luque F. Siqueira Sexo: mas
Data Nasc.: 02-12-17 Natur.: Araguacema
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 898.0058.63607
Profissão: _____ Endereço: Rua Joaõs
Nome do Pai: Carlos Roberto Siqueira da Silva Rocha
Nome da Mãe: Eva Moura R. Fernandes Siqueira
ENCAMINHADO POR: [assinatura]
PARA: H. Reg. Parauzê

LAUDO MÉDICO

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

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: paciente faz relato de surtos recorrentes de dor abdominal no centro e dor abdominal.

6 - Exame físico: malhado e AS - cefaléia

7 - Diagnóstico provável: Abd. Dolerose s/ base parâ

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): Dibirova 100mg bexco febre 0,35g

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

H.S.: Dor abdominal e esclerose
causa

Yudisley Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 - TO

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 N° 863 - CENTRO

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Pedro Eduardo Miranda dos Santos Sexo: MASC.
 Data Nasc.: 16/11/2014 Natur.: Paraiso - TO.
 CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: 898 0015 3413 504
 Profissão: _____ Endereço: _____
 Nome do Pai: Eduardo Perery do Santo,
 Nome da Mãe: Lucimara Miranda de Souza
 ENCAMINHADO POR: em
 PARA: Pedimais HRP

LAUDO MÉDICO

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

2 - Duração provável: 01 Transporte recomendável: carro/ambulância
 Justificar: (-)

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

4 - Há necessidade de acompanhante? NAO.
 Justificar: (-)

5 - História da doença atual: PACIENTE ADMITIDO COM QUADRO DE LINFONODOMEGLIA CERVICAL E DORADA ASSOCIADO A ESTADO FEBRIL (EF: SIRIT) PRESCRITO ANTINFAMATORIO POR 48 HRS, PARA NOVA AVALIACAO: EVOLUI COM AUMENTO

6 - Exame fisico: DE LINFONODOMEGLIA ASSOCIADO A EDMA EM HEMIFACE (D) COM PERSISTÊNCIA DA FEBRE (38°)

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

Código (CID): _____

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

9 - Tratamento(s) realizados(s): (1) JENPROFENO 14 615 8184

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

ARAGUACEMA 2014/18

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

Dominguinho

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: Ludiane Pereira da Silva Sexo: _____
Data Nasc.: _____ Natur.: _____
CPF: _____ RG.: _____ SUS/CNS: _____
Profissão: _____ Endereço: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
ENCAMINHADO POR: Yudisley Guerrero Osorio
PARA: H. dos Tatuís

LAUDO MÉDICO

1 - Razões que impossibilitam a realização do atendimento na localidade.
Justificar: necessidade de amolização do b-0

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

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

4 - Há necessidade de acompanhante? sem
Justificar: _____

5 - História da doença atual: Doença crônica. BCF: 148.

T. vas: Calor de todo o cor

6 - Exame físico: Respiração, 2 sibilos

7 - Diagnóstico provável: Insuficiência cardíaca

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

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

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

Yudisley Guerrero Osorio
Médica
CRM 3398 - TO

22/10/18

13:50 P.M.