

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1 Tem por objetivo a contratação de empresa para prestação de serviço de diagnóstico por imagem/RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR, agindo de acordo com o art. 24 da Lei 8.080/90, onde se alega que quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, neste caso, cabendo ao município a contratação.

2. JUSTIFICATIVA

2.1 Considerando que o município possui pactuação com o estado para que haja a realização de tal procedimento, porem o estado não têm atendido a demanda municipal, o que tem levado a inúmeras buscas por ações judiciais, e impossibilitando a continuação do tratamento por falta de um melhor diagnóstico.

2.2 Considerando que o exame de Ressonância Magnética está incluso nos procedimentos de Média e Alta Complexidade, tornando-o um exame caro o que impossibilita a realização do mesmo por pacientes com menor poder aquisitivo, que pode ter sua renda mensal comprometida caso realize o exame por conta própria.

2.3 Considerando o princípio de UNIVERSALIDADE, Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, sem que haja distinção étnica, social, ou de gênero.

2.4 JUSTIFICA-SE a presente solicitação.

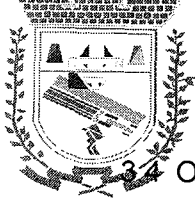
3. CONDIÇÕES E PRAZO DE EXECUÇÃO

3.1 Os serviços, objeto da presente licitação, serão prestados no estabelecimento da Contratada, conforme especificações constantes no edital e nos anexos. Encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas;

3.2 A proponente não poderá fazer qualquer tipo de discriminação no atendimento prestado aos pacientes;

3.3 Os serviços, objeto da presente licitação, serão prestados no estabelecimento da CONTRATADA, conforme especificações constantes do Edital e dos anexos. As despesas com qualquer material de consumo necessário a execução dos serviços será de responsabilidade da CONTRATADA.

Av. Abílio Espíndola Sobrinho, nº 570, Coronel Sapucaia/MS,
CEP: 79.995-000 Mato Grosso do Sul. Tel. (67) 3483-1144



3.4 Os equipamentos que se façam necessários ao perfeito e bom desempenho dos serviços deverão ser disponibilizados pela CONTRATADA, sem ônus a contratante.

3.5 As despesas decorrentes de contrato dos profissionais, como salários, encargos sociais, fiscais, impostos, taxas e outros serão por conta da CONTRATADA.

3.6 A CONTRATADA colocará à disposição do Fundo Municipal de Saúde a sua capacidade instalada necessária para o atendimento do volume assistência.

3.7 A CONTRATADA deverá prestar os serviços dentro dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos, Sociedades Técnicas especializadas com reconhecimento de âmbito nacional e gestores do SUS, observando-se recomendações de boa técnica, normas e legislação, colocando à disposição dos beneficiários somente profissionais registrados em seus respectivos conselhos de classe ou serviços reconhecidos.

3.8 A execução dos serviços será imediatamente após a assinatura do contrato.

4- RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

4.1 Arcar com todas as despesas, diretas ou indiretas, entregas, impostos, taxas, encargos, royalties, decorrentes do fornecimento dos produtos, sem qualquer ônus para o Fundo Municipal de Saúde.

4.2. Manter a compatibilidade com as obrigações assumidas durante todo o contrato.

4.3. Substituir às suas expensas, todo e qualquer produto que esteja em desacordo com as especificações exigidas e padrões de qualidade exigidos ou ainda que possua vícios redibitórios.

4.4. Responsabilizar-se pelos danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrente de sua culpa ou dolo até a entrega dos produtos.

4.5. Responsabilizar-se pelo fiel cumprimento do prazo de entrega dos produtos.

4.6. Prestar todos os esclarecimentos que forem solicitados pela Administração, durante a execução do contrato.

4.7. Comprovar a capacidade de exequibilidade da proposta quando assim solicitado pelo órgão contratante, no tocante ao preço ofertado e as marcas descritas na proposta.

5- RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

5.1. Rejeitar todo e qualquer serviço que não atendam aos requisitos constantes nas especificações na planilha descritiva e termo de referência.

5.2. Efetuar o pagamento na forma e no prazo estabelecido no Contrato e/ou Empenho.

6 – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL SAPUCAIA – MS
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Fis. 010-#

6.1. O pagamento será efetuado em até 30 (Trinta) dias após apresentação de nota Fiscal discriminada de acordo com a Ordem de serviço assinada pelo responsável de fiscalização do contrato.

6.2. O pagamento será creditado em favor da contratada, através de ordem bancária, contra qualquer banco indicado na proposta, devendo para isto, ficar explicitado o nome, número da agência e o número da conta corrente em que deverá ser efetivado o crédito.

6.3. Nenhum pagamento será efetuado a Empresa Contratada se a mesma não estiver em dias com suas regularidades fiscal e trabalhista.

Coronel Sapucaia- MS/ em 07 de julho de 2020.

Elaborado por:


FABIA APARECIDA DE SOUZA

Técnica da SMS

De acordo:


FLAVIO GALDINO DA SILVA

Secretário Municipal de Saúde

Sistema Unico de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
--	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <i>E.S.F. MARGES VITÓRIA RECREANTE</i>	2 - CNES <i>21603462</i>
--	-----------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE <i>Isadora Beatriz Martins</i>		4 - Nº DO PRECATÓRIO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>722409349906350</i>	6 - DATA DE NASCIMENTO <i>18/01/05</i>	7 - Sexo ☐ M ☒ F
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Rosa Izabela Martins; 77, Tardem Nli Jon</i>		9 - TELEFONE DE CONTATO <i>67 91134992210</i>
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. Pedro Antonio Pello Carmelo</i>		
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Coronel Sapucaia</i>	12 - COD - IBGE MUNICÍPIO <i>500315</i>	13 - UF <i>MS</i>

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO

14 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	15 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Reserva de Uterina histerectomia</i>	16 - QTD <i>01</i>
---------------------------------------	--	-----------------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	18 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - QTD
20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - QTD
23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - QTD
26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - QTD
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Leuzemia - 1ª fase</i>	34 - CID-10 PRINCIPAL <i>M54.4</i>	35 - CID-10 SECUNDÁRIO	36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES <i>22 INTRA UTERINA sem feocito D. Bacilos Fúscos</i>			

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Carlos Valente</i>	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>04/12/06</i>	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Médico CRM 675/MS Cart. SUS 93001400095504
40 - DOCUMENTO CNS () CPF	41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>93001400095504</i>	

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC <i>1 / 1 / 2007</i>
45 - DOCUMENTO CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 / 1 / 2007</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	52 - CNES
---	-----------

→ Telefone 996874185 / sala para: Henri Maciel da Costa



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CORONEL SAPUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL APARICIO VIDAL GARCIA

Prontuário: _____ Data de Nascimento: _____

Nome do Paciente: Dois Rodolfo Zente

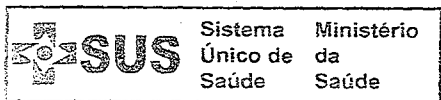
Receituário e Exames.

Prescrição de medicamentos
Coludo / Cerebrot
Tocico
Tocico
Tocico

Dr. Alexandre A. M. Silva
Médico - UPA 207 185
CPF 123.456.789-10

7/2/20

Obs.: trazer receita da consulta anterior.
DOE ORGÃOS. SALVE VIDAS!



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: Hospital Municipal Aparicio Vidal Garcia 2 - CNES: 23761

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: ROSANGELA BASILIO 4 - Nº DO PRO: 23761

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 71096006097144778 6 - DATA DE NASCIMENTO: 01/06/1976 7 - SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria de Lourdes Salmo 9 - TELEFONE DE CONTATO: DDD Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Coronel Sapucaia 12 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 500315 13 - UF: MS 14 - CEP: 79995

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: RM de Ombrão D 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: RM de Ombrão D 17 - C:

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Angina em Ombrão D 34 - CID10 PRINCIPAL: I10 35 - CID10 SECUNDÁRIO: M75 36 - CID10 CAUSAS:

37 - OBSERVAÇÕES: Dor em ombrão D com perda de força, limitação e abaulamento. Sem melhora no tratamento clínico.
DSG. Presença de tendinite

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: RICARDO SOARES 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/01/13 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO): Dr. Ricardo Soares 54174

40 - DOCUMENTO: () CNS (X) CPF 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 08316216522

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):

45 - DOCUMENTO: () CNS () CPF 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA AUT: 2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 52 - CNES:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **Hospital Municipal Aparicio Vidal Garcia**

2 - CNES: **237677**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **ROSANSELA SABINO**

4 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **7109600609714778**

6 - DATA DE NASCIMENTO: **01/06/1976**

7 - SEXO: Masc. ☐ Fem. ☒

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Maria de Lourdes Sabino**

9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Coronel Sapucaia**

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **500315**

13 - UF: **MS**

14 - CEP: **799950**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **RM Coluna Lombar Sacra**

17 - OTORRINOLARINGOLOGIA: _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **RM Coluna Lombar**

20 - OTORRINOLARINGOLOGIA: _____

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

23 - OTORRINOLARINGOLOGIA: _____

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

26 - OTORRINOLARINGOLOGIA: _____

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

29 - OTORRINOLARINGOLOGIA: _____

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____

32 - OTORRINOLARINGOLOGIA: _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Dor lombar baixa**

34 - CID10 PRINCIPAL: **I0**

35 - CID10 SECUNDÁRIO: **M54**

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

37 - OBSERVAÇÕES: **Paciente com dor lombar baixa com diagnóstico funcional, persistindo após tratamento conservador. Sem melhora no tratamento clínico. Solicito avaliação e conduta.**

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **FELIPE STAFFA**

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/04/18**

40 - DOCUMENTO: () CNS () CPF **08316214622**

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **Dr. Felipe Staffa 50374**

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____

45 - DOCUMENTO: () CNS () CPF _____

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____

52 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE **CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES DR. JOAO KAYATT** 2- CNES **6499929**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- NOME DO PACIENTE **FERMINA VENIALGA** 4- Nº PRONTUÁRIO **397450**
 5- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS) **703001812129571** 6- DATA DE NASCIMENTO **17/07/1975** 7- SEXO **FEMININO** RAÇA **AMARELA** 10.1 - ETNIA
 8- NOME DA MÃE **ASTANACIA VENIALGA** NOME DO RESPONSÁVEL 9- FONE DE CONTATO **(67)3483-1021**
 10- ENDEREÇO(RUA, Nº, BAIRRO) **RUA IZAIAS CAMARGO - 778 - VILA NOVA** CPF **016.092.871-00**
 11- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA **CORONEL SAPUCAIA** 12- Cód. IBGE MUNICÍPIO **500315** 13- UF **MS** 14- CEP **79.995-000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL **02.07.01.003-0** 16- NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL **RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOCO** 17- QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - SECUNDÁRIO	19- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20- QTDE
21- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - SECUNDÁRIO	22- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23- QTDE
24- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - SECUNDÁRIO	25- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26- QTDE
27- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - SECUNDÁRIO	28- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29- QTDE
30- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - SECUNDÁRIO	31- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32- QTDE

JUSTIFICATIVAS DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33- DIAGNÓSTICO 34- CID 10 PRINCIPAL 35- CID 10 SECUNDÁRIO 36- CID 10 ASSOCIADO
 37- OBSERVAÇÃO

SOLICITAÇÃO

38- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE **JOSE VIDAL DE OLIVEIRA GALINDO** 39- DATA DA SOLICITAÇÃO **09/10/2019** 42- ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG. CONSELHO)
 40- DOCUMENTO ☒ CNS ☐ CPF 41- Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) PROFISSIONAL SOLICITANTE **201567858160008**

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44- Cód. ÓRGÃO EMISSOR 49- Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
 47- DOCUMENTO ☒ CNS ☐ CPF 48- Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
 46- DATA AUTORIZAÇÃO 49- ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG. CONSELHO) 50- PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE 52- CNES

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: Hospital Municipal Epitácio Pessoa
2 - CID 10: 2340240

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Gilberto Pereira Gomes
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 710417101617131519110111314
6 - DATA DE NASCIMENTO: 16/07/1988
7 - SEXO: MASC ☒ FEM ☐
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria Leide Pereira Gomes
9 - TELEFONE DE CONTATO: 617 9115151517311
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Antônio Carlos, 673 - Jardim Tijuca
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Coronel Sapucaia
12 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 500315
13 - UF: RJ

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 02041030030
16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Ressecção de joelho
17 - QTD: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTD
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTD
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTD
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTD
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Transtornos internos joelho
34 - CID 10 PRINCIPAL: M23
35 - CID 10 SECUNDÁRIO:
36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
37 - OBSERVAÇÕES:
-> Histórico de entorse em joelho (S) há mais de 4 anos; (H) rompimento de ligamento de joelho;
-> Dor constante em membro.

SOLICITAÇÃO

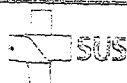
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Cicero Leon Guntado
39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/12/2019
40 - DOCUMENTO:
41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 61471413181217121911
42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Iran Furtado
MÉDICO
RMS - 5000374

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - COD. ORGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO:
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1.1.1.2716181942161011
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 12/11/2019
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):
50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:
52 - CNES:



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	2 - CNES 9725
---	------------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE LUIZ RICARDO LEIVA MARQUES		4 - SEXO Masculino	5 - Nº DO PRONTUÁRIO 0000567964
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 702601298068040	7 - DATA DE NASCIMENTO 27/09/2012	8 - RAÇA/COR PARDA	8.1 - ETNIA
9 - NOME DA MÃE MARIA COLACHA LEIVA		10 - TELEFONE DE CONTATO 67 996542979	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA LIZETE GOMES, 748 - VILA NOVA			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CORONEL SAPUCAIA	15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 500315	16 - UF MS	17 - CEP 79995000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

3 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0207010064	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO	20 - QTDE. 1
--	--	-----------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL, NAO	37 - CID10 PRINCIPAL C729	38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADA
OBSERVAÇÕES Meduloblastoma. Realizada ressecção E QT, lto exame p/ reavaliação. Peso: 18kg / Estatura: 110m			
# OBS: Com sedação			

SOLICITAÇÃO

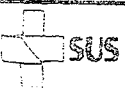
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ATALLA MNAYARJI	42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/01/2020	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 201567559330009	

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	55 - CNES
---	-----------

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL		2 - CNES 9725
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
3 - NOME DO PACIENTE LUIZ RICARDO LEIVA MARQUES		4 - SEXO Masculino
5 - Nº DO PRONTUÁRIO 0000567964		6 - RAÇA/COR PARDA
7 - DATA DE NASCIMENTO 27/09/2012		8.1 - ETNIA
9 - NOME DA MÃE MARIA COLACHA LEIVA		10 - TELEFONE DE CONTATO 67 996542979
11 - NOME DO RESPONSÁVEL 		12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA LIZETE GOMES, 748 - VILA NOVA		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CORONEL SAPUCAIA		15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 500315
16 - UF MS		17 - CEP 79995000
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
8 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0207010030		19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL RESSONANCIA MAGNETICA DE CÔLUNA CERVICAL/PESCOÇO
		20 - QTDE. 1
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)		
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)		
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL, NAO		37 - CID10 PRINCIPAL C729
38 - CID10 SECUNDÁRIO 		39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADA
40 - OBSERVAÇÕES Meduloblastoma. Realizada ressecção E QT, ito exame p/ reavaliação. Peso: 18kg / Estatura: 110cm		
# OBS: Com sedação		
SOLICITAÇÃO		
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ATALLA MNAYARJI		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/01/2020
43 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 201567559330009
		45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		47 - COD. ORGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)		
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE 		55 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	2 - CNES 9725
---	------------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE LUIZ RICARDO LEIVA MARQUES		4 - SEXO Masculino	5 - Nº DO PRONTUÁRIO 0000567964
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 702601298068040	7 - DATA DE NASCIMENTO 27/09/2012	8 - RAÇA/COR PARDA	8.1 - ETNIA
9 - NOME DA MAE MARIA COLACHA LEIVA		10 - TELEFONE DE CONTATO 67 996542979	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA LIZETE GOMES, 748 - VILA NOVA			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CORONEL SAPUCAIA	15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 500315	16 - UF MS	17 - CEP 79995000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0207010048	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL RESSONANCIA MAGNETICA DE CÔLUNA LOMBO-SACRA	20 - QTDE. 1
---	--	-----------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL, NAO	37 - CID10 PRINCIPAL C729	38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES Meduloblastoma. Realizada ressecção E QT, lto exame p/ reavaliação. Peso: 18kg / Estatura: 110m			

OBS: Com sedação

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ATALLA MNAYARJI	42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/01/2020	45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 201567559330009	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - COD. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	55 - CNES
---	-----------

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
--	-------------------------------	----------------------------	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	2 - CNES 9725

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE LUIZ RICARDO LEIVA MARQUES		4 - SEXO Masculino	5 - Nº DO PRONTUÁRIO 0000567964
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 702601298068040	7 - DATA DE NASCIMENTO 27/09/2012	8 - RAÇA/COR PARDA	8.1 - ETNIA
9 - NOME DA MÃE MARIA COLACHA LEIVA		10 - TELEFONE DE CONTATO 67 996542979	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA LIZETE GOMES, 748 - VILA NOVA			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CORONEL SAPUCAIA	15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 500315	16 - UF MS	17 - CEP 79995000

PROCEDIMENTO SOLICITADO		
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0207010056	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL RESSONANCIA MAGNETICA DE CÔLUNA TORACICA	20 - QTDE. 1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)		
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE.
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE.
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE.
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL, NAO	37 - CID10 PRINCIPAL C729	38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES Meduloblastoma. Realizada ressecção E QT, lto exame p/ reavaliação. Peso: 18kg / Estatura: 110m.			
= OBS: Com sedação			

SOLICITAÇÃO		
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ATALLA MNAYARJI	42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/01/2020	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 201567559330009	

AUTORIZAÇÃO		
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	46 - COD. ORGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)	
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	55 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRIORIDADE: N | SITUAÇÃO: ABERTA | FICHA: PADRÃO

NOME KETHELYN ALMEIDA DO NASCIMENTO		NOME SOCIAL KETHELYN ALMEIDA DO NASCIMENTO		NOME DA MÃE ROSANGELA ARAUJO ALMEIDA	
DATA DE NASCIMENTO 29/04/2013	IDADE 7 ANOS, 2 MESES E 1 DIA -	PESO ATUAL (KG)	SEXO FEMININO	DESCONHECIDO NÃO	CNS 898004013972451
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO CORONEL SAPUCAIA / MS	NACIONALIDADE BRASIL	MUNICÍPIO DO PACIENTE		TELEFONE PREFERENCIAL: (67) 996515731 - OUTROS: (67) 999196000	
NOME DO(A) RESPONSÁVEL ROSANGELA ARAUJO		TELEFONE DO(A) RESPONSÁVEL (67) 99651-5731			

DATA DE SOLICITAÇÃO 30/06/2020 10:12:48	UNIDADE SOLICITANTE 5583772 - SMS - CR DE CORONEL SAPUCAIA	MUNICÍPIO CORONEL SAPUCAIA / MS	TELEFONE (67) 3483-1021
PROFISSIONAL SOLICITANTE CARLOS ARTURO VALIENTE OTERO	CNS 980016000095584	CONSELHO CRM: 675	USUÁRIO CARLA ADALICE IBARRA GIMENES
UNIDADE REGULADORA (ATUAL) 9212809 - CENTRAL DE REGULACAO DE PONTA PORÁ / PONTA PORÁ		MÉDICO REGULADOR ATUAL -	CONSELHO -

SOLICITAÇÃO JUDICIAL

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

DADOS CLÍNICOS

CID10 R51 - CEFALÉIA		TIPO PRINCIPAL	
PROCEDIMENTOS			
PROCEDIMENTO 0207010013 - ANGIORESSONANCIA CEREBRAL (-)	TIPO P	QTD. 1	REGULADO SITUAÇÃO SIM AGUARDANDO REGULADOR
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA		AGENDAMENTO EXECUTANTE PROFISSIONAL	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

30/06/2020 - PACIENTE PORTADORA DE TRAÇO FALCIFORME_EVOLUI COM CEFALÉIA REFRACTÁRIA E INTENSA SEM MELHORA. TOMOGRAFIA PRÉVIA SEM ALTERAÇÕES. NECESSITA DE ESTUDO ANGIORESSONÂNCIA ART_VENOSO, CRIANÇA POSSUI AÇÃO JUDICIAL EM SEU FAVOR CONTIDO NOS AUTOS DE NUMERO 0900013-25.2018.8.12.0004

DADOS ADICIONAIS

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

BUSCA DE EXECUTANTES

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

DADOS DA REGULAÇÃO

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

TRANSFERÊNCIAS

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

HISTÓRICO DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

RESOLUÇÃO

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

HISTÓRICO DE CONTATO DE AGENDAMENTO

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

TRANSFERÊNCIA DE AGENDAMENTO

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

RECEPÇÃO

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

HISTÓRICO

DATA	USUÁRIO	DESCRIÇÃO
30/06/2020 10:12:48	PADRÃO - CARLA ADALICE IBARRA GIMENES (5583772 - SMS - CR DE CORONEL SAPUCAIA)	ABRIU FICHA

HISTÓRICO DO PROCEDIMENTO

DATA DE RESOLUÇÃO	RESOLUÇÃO	MOTIVO	PROFISSIONAL
A DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA 0207010013 - ANGIORESSONANCIA CEREBRAL			
30/06/2020 10:12:48	SOLICITOU PROCEDIMENTO		CARLA ADALICE IBARRA GIMENES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRIORIDADE: N | SITUAÇÃO: ABERTA | FICHA: PADRÃO

NOME EDINA DA SILVA DE OLIVEIRA		NOME SOCIAL EDINA DA SILVA DE OLIVEIRA		NOME DA MÃE ADELIA RIBEIRO DA SILVA	
DATA DE NASCIMENTO 07/11/1981	IDADE 38 ANOS E 11 DIAS	PESO ATUAL (KG) -	SEXO FEMININO	DESCONHECIDO NÃO	CNS 703609087608636
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO CORONEL SAPUCAIA / MS		NACIONALIDADE BRASIL		MUNICÍPIO DO PACIENTE CORONEL SAPUCAIA/MS	
				TELEFONE PREFERENCIAL: (67) 9936-2325, (67) 996987832	

DATA DE SOLICITAÇÃO 18/11/2019 10:16:42		UNIDADE SOLICITANTE 5583772 - SMS - CR DE CORONEL SAPUCAIA		MUNICÍPIO CORONEL SAPUCAIA / MS	
				TELEFONE (67) 3483-2562	
PROFISSIONAL SOLICITANTE CARLOS ARTURO VALIENTE OTERO		CNS 980016000095584		CONSELHO CRM: 675	
				USUÁRIO IARA HAINY RUIZ DOS SANTOS	
UNIDADE REGULADORA (ATUAL) 7099428 - GERENCIA DE REGULACAO AMBULATORIAL / CAMPO GRANDE			MÉDICO REGULADOR ATUAL -		CONSELHO -

SOLICITAÇÃO JUDICIAL

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

DADOS CLÍNICOS

CID10 M54.5 DOR LOMBAR BAIXA		TIPO PRINCIPAL	
PROCEDIMENTOS			
PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	TIPO P	QTD. 1	REGULADO SIM
SITUAÇÃO AGUARDANDO REGULADOR		AGENDAMENTO EXECUTANTE PROFISSIONAL	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

18/11/2019 - DOR LOMBAR BILATERAL COM BLOQUEIO FEMURAL COM IRRADIAÇÃO DA DOR PARA PERNA DIREITA, HAVENDO COMPROMETIMENTO DA QUALIDADE DE VIDA.

DADOS ADICIONAIS

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

BUSCA DE EXECUTANTES

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRIORIDADE: N | SITUAÇÃO: ABERTA | FICHA: PADRÃO

NOME MANOEL ANTONIO IFRAN ALVARENGA		NOME SOCIAL MANOEL ANTONIO IFRAN ALVARENGA		NOME DA MÃE MARIA FATIMA DURE IFRAN	
DATA DE NASCIMENTO 22/03/2001	IDADE 18 ANOS, 8 MESES E 5 DIAS	PESO ATUAL (KG) -	SEXO MASCULINO	DESCONHECIDO NÃO	CNS 704109773030780
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO CORONEL SAPUCAIA / MS		NACIONALIDADE BRASIL		MUNICÍPIO DO PACIENTE CORONEL SAPUCAIA/MS	
TELEFONE PREFERENCIAL: (67) 34832562					

DATA DE SOLICITAÇÃO 27/11/2019 07:51:32	UNIDADE SOLICITANTE 5583772 - SMS - CR DE CORONEL SAPUCAIA	MUNICÍPIO CORONEL SAPUCAIA / MS	TELEFONE (67) 3483-1021
PROFISSIONAL SOLICITANTE FELIPE MACIEL SERPA	CNS 980016289017336	CONSELHO CRM: 10486	USUÁRIO CARLA ADALICE IBARRA GIMENES
UNIDADE REGULADORA (ATUAL) 7099428 - GERENCIA DE REGULACAO AMBULATORIAL / CAMPO GRANDE		MÉDICO REGULADOR ATUAL -	CONSELHO -

SOLICITAÇÃO JUDICIAL

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

DADOS CLÍNICOS

CID10					
CID10 S835 - ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO					TIPO PRINCIPAL
PROCEDIMENTOS					
PROCEDIMENTO	TIPO	QTD.	REGULADO	SITUAÇÃO	AGENDAMENTO
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA 0267030030 - RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) (-)	P	1	SIM	AGUARDANDO REGULADOR	-
LATERALIDADE DIREITO	LOCALIZAÇÃO JOELHO	COMPLEMENTO			

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

27/11/2019 - PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ APROXIMADAMENTE 3 MESES, COM TRAUMA/ENTORSE NO JOELHO DIREITO, DOR E INSTABILIDADE LOCAL. RAIOS-X JOELHO DIREITO: SEM SINAIS DE FRATURA. HD: LESAO DO LCA. PCT COM SOLICITAÇÃO DE EXAME PARA MELHOR CONDUTA DO CASO, SOLICITADO PELO DR LEONARDO GATTAS.
--

DADOS ADICIONAIS

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

BUSCA DE EXECUTANTES

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRIORIDADE: N | SITUAÇÃO: FINALIZADA | FICHA: PADRÃO

NOME		NOME SOCIAL		NOME DA MÃE	
ALESSANDRA FERREIRA FERNANDES		ALESSANDRA FERREIRA FERNDANDES		VANIA LOPES FERREIRA	
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PESO ATUAL (KG)	SEXO	DESCONHECIDO	CNS
16/01/1990	29 ANOS, 10 MESES E 4 DIAS		FEMININO	NÃO	709004858601313
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	MUNICÍPIO DO PACIENTE		TELEFONE	
CORONEL SAPUCAIA / MS	BRASIL	CORONEL SAPUCAIA/MS		PREFERENCIAL: (67) 993425193, (67) 34832562	

DATA DE SOLICITAÇÃO	UNIDADE SOLICITANTE	MUNICÍPIO	TELEFONE
20/11/2019 08:20:12	5583772 - SMS - CR DE CORONEL SAPUCAIA	CORONEL SAPUCAIA / MS	(67) 3483-1021
PROFISSIONAL SOLICITANTE	CNS	CONSELHO	USUÁRIO
CARLOS ARTURO VALIENTE OTERO	980016000095584	CRM: 675	CARLA ADALICE IBARRA GIMENES
UNIDADE REGULADORA (ATUAL)	MÉDICO REGULADOR ATUAL	CONSELHO	
9212809 - CENTRAL DE REGULACAO DE PONTA PORÁ / PONTA PORÁ	NELSON DE SIMONE	CRM: 510	

SOLICITAÇÃO JUDICIAL

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

DADOS CLÍNICOS

CID10		CID10		TIPO			
M542 - CERVICALGIA				PRINCIPAL			
PROCEDIMENTOS							
PROCEDIMENTO	TIPO	QTD.	REGULADO	SITUAÇÃO	AGENDAMENTO	EXECUTANTE	PROFISSIONAL
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA							
0207010030 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA - CERVICAL/PESCOÇO (-)							
		1	SIM	RECUSADA			

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

20/11/2019 - PACIENTE COM DOR CRONICA REFRATARIA A MEDICAÇÃO SEM MELHORA IRRADIAÇÃO PARA MMSS.

DADOS ADICIONAIS

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

BUSCA DE EXECUTANTES

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRIORIDADE: N | SITUAÇÃO: FINALIZADA | FICHA: PADRÃO

NOME AMAURY AREVALO DOS REIS		NOME SOCIAL AMAURY AREVALO DOS REIS		NOME DA MÃE SOFIA AREVALO	
DATA DE NASCIMENTO 23/05/1988	IDADE 31 ANOS, 9 MESES E 11 DIAS	PESO ATUAL (KG)	SEXO MASCULINO	DESCONHECIDO NÃO	CNS 700208486927024
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO CORONEL SAPUCAIA / MS	NACIONALIDADE BRASIL	MUNICÍPIO DO PACIENTE CORONEL SAPUCAIA/MS		TELEFONE PREFERENCIAL: (67) 34832562, (67) 991750661, (67) 996374368	

DATA DE SOLICITAÇÃO 03/03/2020 10:16:05	UNIDADE SOLICITANTE 5583772 - SMS - CR DE CORONEL SAPUCAIA	MUNICÍPIO CORONEL SAPUCAIA / MS	TELEFONE (67) 3483-1021
PROFISSIONAL SOLICITANTE CARLOS ARTURO VALIENTE OTERO	CNS 980016000095584	CONSELHO CRM: 675	USUÁRIO CARLA ADALICE IBARRA GIMENES
UNIDADE REGULADORA (ATUAL) 9212809 - CENTRAL DE REGULACAO DE PONTA PORA / PONTA PORA		MÉDICO REGULADOR ATUAL NELSON DE SIMONE	CONSELHO CRM: 510

SOLICITAÇÃO JUDICIAL

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

DADOS CLÍNICOS

CID10							
CID10 Q61 - DOENÇAS CISTICAS DO RIM				TIPO PRINCIPAL			
PROCEDIMENTOS							
PROCEDIMENTO	TIPO	QTD.	REGULADO	SITUAÇÃO	AGENDAMENTO	EXECUTANTE	PROFISSIONAL
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA							
0207030014 - RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR (-)	P	1	SIM	RECUSADA	-		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

03/03/2020 - PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO COM DR. FABRICO UROLOGISTA JÁ REALIZOU RX E TOMOGRAFIA SEM MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS, SOLICITA-SE PROCEDIMENTO PARA MELHOR AVALIAÇÃO E CONDUTA.

DADOS ADICIONAIS

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.

BUSCA DE EXECUTANTES

NENHUM REGISTRO ENCONTRADO.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE TONICO ANTUNES 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7104095422483398 6 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/78 7 - SEXO ☒ Masc ☐ Fem

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Armador Filaret Sobrinho 11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Coronel Sapucaia 12 - COD - IBGE MUNICÍPIO 500315 13 - UF MS 14 - CEP 79995000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Rm de coluna cervical 17 - QTDE _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Grave 34 - CID 10 PRINCIPAL T05 35 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

37 - OBSERVAÇÕES
Dificuldade de deambular
por causa de coluna vertebral lesada K8
e traço muscular em M. M. V.

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Felipe Medeiros

40 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 44 - Nº DO DOCUMENTO AUTORIZADOR _____ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 52 - CNES _____



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE OMAR ANTUNES 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7 0 4 3 0 9 5 4 2 2 4 8 3 9 8 6 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/1978 7 - SEXO ☒ Masc ☐ Fem

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Alameda Fabris Sobrinho

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Coronel Sapucaia 12 - CDD - IBGE MUNICÍPIO 500315 13 - UF MS 14 - CEP 7 9 9 9 5 0 0 0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Rm de coluna lombocerv 17 - QTDE _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Grave 34 - CID10 PRINCIPAL T09 35 - CID10 SECUNDÁRIO _____ 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

37 - OBSERVAÇÕES
Dificuldade de deambular.
Compressão da vertebra Lombo em R8
↓ para cirurgia em RMHII

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/11/2010 42 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Dr. R. Maciel Sec. 10.480

40 - DOCUMENTO _____ 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

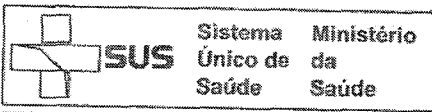
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 44 - CDD - CATEGORIA _____ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

45 - DOCUMENTO _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 52 - CNES _____



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____

2 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: TONIO ANTUNES

4 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 704309342248308

6 - DATA DE NASCIMENTO: 11/11/1978

7 - SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____

9 - TELEFONE DE CONTATO: _____ Nº DO TELEFONE: _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Avenida Filares Sobrinho

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Coronel Sapucaia

12 - Cód. IBGE Município: 500315

13 - UF: MS

14 - CEP: 799995000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____

17 - QTDE: _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Graue

34 - CID10 PRINCIPAL: T09

35 - CID10 SECUNDÁRIO: _____

36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

37 - OBSERVAÇÕES: Dificuldade de dentição
compressão da coluna vertebral lombos R6
e para melhorar em nutrição

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____

40 - DOCUMENTO: _____

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): _____

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

44 - Cód. Órgão Emissor: _____

45 - DOCUMENTO: _____

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: ____/____/____

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____

52 - CNES: _____