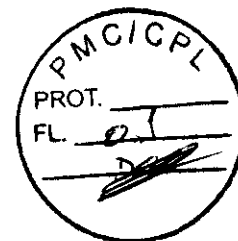


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMETÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE CAMETÁ



Ofício nº 033/2021

Cametá-Pa, 08 de janeiro de 2021.

Senhor Prefeito,
Senhor Chefe de Gabinete,

Faço referencias as demandas relacionadas a Pasta Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.

Acusamos recebimento dos Memorandos de nºs 004 e 011/2021 do Departamento de Regulação da Secretaria de Saúde Cametá, datado de 06 e 08 de janeiro de 2021 respectivamente, os quais solicitam desta Secretaria de Saúde a compra de passagens aéreas para pacientes cadastrados no Programa de Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

Diante das solicitações, encaminhamos Processos Administrativos para que seja providenciando dentro do prazo fixado pelas documentações citadas constantes em anexo, considerando também a urgência que o caso requer, a aquisição da demanda acima citada. Considerando as demandas específicas do Programa, a Contratação De Serviço de Cotação, Reserva e Fornecimento De Passagem Aérea Nacional e/ou compras das passagens aéreas.


Desta forma, requer deste Gabinete a aquisição em caráter de urgência, na forma estabelecida pela Lei Federal nº 8.666/93 para o pronto atendimento.

Sem mais para o momento, renovo protestos de elevada estima, respeito e consideração.

Atenciosamente,

EMMANUEL JOSE
MACHADO
CUNHA:189360242
72

Assinado de forma digital por
EMMANUEL JOSE MACHADO
CUNHA:18936024272
Dados: 2021.02.03 11:31:29
-03'00'


EMMANUEL JOSÉ MACHADO CUNHA
Secretário Municipal de Saúde de Cametá
Decreto nº 004/2021

Ao Sr. Prefeito Municipal/Chefia de Gabinete
Cametá-Pará

MEMO Nº 004/2021/SMS/DRACA

Cametá, 06 de janeiro de 2021

DO: DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO/SMS
PARA: EMANUEL JOSÉ MACHADO CUNHA
Secretário Municipal de Saúde de Cametá

CONTABILIDADE GERAL DO MUNICÍPIO
CGM

Senhor Secretário,

Solicito a V. Sa., a viabilização de passagens aéreas (ida e volta), trecho Belém-Fortaleza-Belém, para deslocamento da paciente **PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS** (06 anos), juntamente com seus acompanhantes, usuária do PTFD, Processo nº 001/15, que possui agendamento de retorno dia 18/01/2021 para continuidade do tratamento de saúde no Hospital Albert Sabin, em Fortaleza/CE.

Informo que é uma paciente de baixa imunidade. Portanto, solicito empenho em comprar as passagens em **voo diurno, e sem conexão**, evitando assim que a mesma fique exposta em ambientes desfavoráveis as suas condições de saúde.

Em anexo, cópia dos documentos e do cartão de agendamento.

Paciente: **PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS**

RG: 8283392

CPF: 044.870.712-83

D.N.: 30.06.2014

Acompanhante (mãe): **LETÍCIA PEREIRA RODRIGUES**

RG: 6961110

CPF: 015.255.212-09

Acompanhante (pai): **ISAC COTA DOS SANTOS**

RG: 4968925

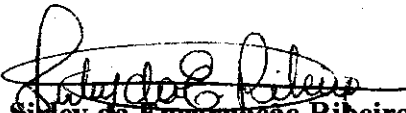
CPF: 802.336.432-49

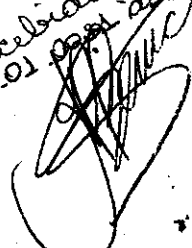
OBS: Ida: ATÉ 17/01/2021

Volta: a confirmar, dependendo da liberação médica para retorno ao município de origem.

Atenciosamente,


Ana Telma Ribeiro Barros
Assistente Social
CRESS.2388


Siplely da Encarnação Ribeiro
Diretora do Departamento de
Regulação e Auditoria - DRACA

Recebido em
04.01.2021


PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMETÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

PMG/CPL
PROT
FL. 03

PROCESSO Nº

001/15

ANO

2015

CGM
CONTABILIDADE GERAL DO MUNICÍPIO

PROCEDÊNCIA: CAMETÁ

ASSUNTO: PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

INTERESSADO:	Nº CARTÃO SUS	CPF
KEISELA RODRIGUES DOS SANTOS	7085020518-55 80	041.870.210-83 DN. 30/06/2014
ACOMPANHANTE:	Nº CARTÃO SUS	CPF
KEISELA RODRIGUES DOS SANTOS	70000229117 87 01	015055212-09 DN. 06/10/1993
MUDANÇA DE ACOMPANHANTE:	Nº CARTÃO SUS	CPF
MUDANÇA DE ACOMPANHANTE:	Nº CARTÃO SUS	CPF

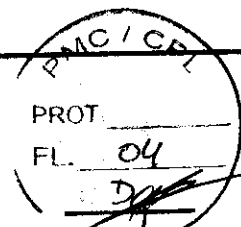
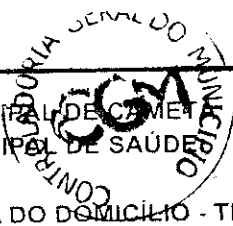
ESPECIALIDADE:

HISTÓLOGIA

OBSERVAÇÕES:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMETA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD



PROT. _____
FL. 04

PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (P.T.F.D.)

PEDIDO Nº 001/2015

NOME DO PACIENTE: <u>TRISEILA RODRIGUES DOS SANTOS</u>		DOC. IDENTIDADE: <u>CN.0017029</u>
RESIDÊNCIA: <u>RIO MENDARUCU DE BAIXO</u>	91403351	BAIRRO: <u>ZONA RURAL</u>
CIDADE: <u>CAMETA/PA</u>	TELEFONE: <u>91340326</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>20/06/2014</u>
NOME DO ACOMPANHANTE: <u>LETICIA PEREIRA RODRIGUES</u>		DOC. IDENTIDADE: <u>6961110</u>
RESIDENCIA: <u>A MESMA</u>	BAIRRO: _____	PARENTESCO: <u>MAE</u>
ORIGEM: <u>SUS/TFD/</u>		DATA: <u>05/01/2015</u>

Encaminha-se o original deste PEDIDO ; Juntamente com a 1ª e 2ª via do Laudo Medico ao SUS/TFD/.

2 - Aguarda-se Resposta.

OBS:

PARA USO DO ÓRGÃO DE DESTINO:

DATA

____/____/____

1. Em face dos nossos recursos Médico-Assistenciais:

AUTORIZADO o Tratamento solicitado.
NÃO AUTORIZADO

Dr. Cláudio Santos
MÉDICO
CRM 052

CHEFE DO ÓRGÃO DE DESTINO

DESCREVER PROVIDÊNCIAS

DATA

05/01/2015



PROT. _____
FL. 05

104.920.345/0001-851
Fundação Santa Casa de
Misericórdia do Pará
Rua Oliveira Belo, 345
Umarizal - CEP: 66.050-380
Belém - PA



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO E AUDITORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE - CERAC-PA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE	NOME: <i>Musulo Rodrigues da Santos</i>		DATA DE NASCIMENTO: <i>30.06.14</i>
	PROFISSÃO:	CPF:	DOC. DE IDENTIDADE: CARTÃO SUS:
	ENDEREÇO COMPLETO:		TELEFONE:
ACOMPANHANTE	NOME: <i>Letícia Pereira Rodrigues</i>		DATA DE NASCIMENTO: <i>06.10.93</i>
	GRUPO DE PARENTESCO: <i>Mãe</i>	CPF:	DOC. DE IDENTIDADE: CARTÃO SUS:
	ENDEREÇO COMPLETO: <i>Rio Vandaraçu de Baixo</i>		TELEFONE: <i>91.99540326</i>
MÉDICO SOLICITANTE	NOME: <i>Alvaro Nacido</i>		ESPECIALIDADE: <i>Nepto ped.</i>
	CPF: <i>30332745287</i>	DOC. DE IDENTIDADE:	CRM: TELEFONE MÓVEL:
	UNIDADE SOLICITANTE:		TELEFONE: EMAIL:
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Enrose hepático</i>		CID 10 PRINCIPAL: <i>K74.5</i>	CLÍNICA / *CLASSE FUNCIONAL (Cardiologia)
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Transplante hepático</i>		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL): <i>Nepto espirometria galop Ictericos Ruído intratável</i>			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS: <i>Biópsia hepática Laboratório - Exame clínico</i>			



PMC / CPL
PROT _____
FL. 06
[Signature]

Condições hemodinâmicas (incluindo necessariamente a mensuração da PA):	nl	Funções Renal e Hepáticas:	Renal preservada Imun. hepáticas no nível
Padrão Respiratório:	nl	Estado Neurológico Sumário:	nl
Estado Nutricional:	Reg	Caracterização de eventual urgência na realização do procedimento:	-
História progressa e atual significativa especialmente quanto ao uso e alergia a medicamentos, bem como alergia a contrastes, anestésicos e antisépticos:	-	Informação sobre dados de exame físico realizado nos últimos 05 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não):	-
Atestar as condições de remoção com segurança para o paciente e indicações do transporte adequado:	Aéreo	Medicamentos utilizados/ em uso (respectivas dosagens)	

Relatório de risco cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA 1,2,3,4, ou 5):

TRATAMENTO REALIZADO

Clímax

JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO NO ESTADO

Não há em nossa região

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

nenhum

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

-

OUTRAS ANOTAÇÕES

Encaminhado para Hospital A.C. Camargo I São Paulo (11 - 3346 5055)

Beliú, 16.01.20	Dra. Zilvane Macedo Hepatologista CRM 5145
LOCAL E DATA	MÉDICO - ASSISTENTE

PARECER JUNTA MÉDICA / SERVIÇO LOCAL DE MEDICINA SOCIAL

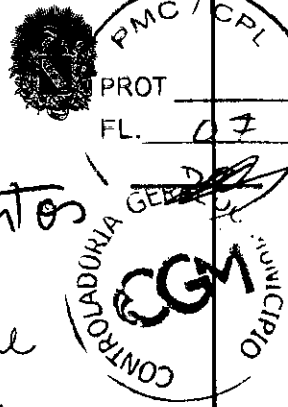
LOCAL E DATA	MÉDICO - ASSISTENTE

*TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO ASSISTENTE, COM LETRA LEGÍVEL

*ANEXAR CÓPIAS DA DOCUMENTAÇÃO PESSOAL DO PACIENTE E ACOMPANHANTE E DOS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICOS RECENTES (Hemograma, Creatinina, Coagulograma, Glicemia de Jejum, Eletrocardiograma, Radiografias de Tórax p/ maiores de 60 anos e outros)



Receituário Médico



Para Priscila ~~Pereira~~ Rodrigues dos Santos

Paciente acompanhada com quadro de
doença hepática crônica com necessidade de
retornos e exames frequentes.

Como família de baixa renda
solicito auxílio para TFD

1

Gratua

Belém 12.11.14

Dr.ª Bernadete Ataíde
Serviço de Hepatologia-FSCMPA
CRM-PA 9793



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Receituário Médico

ADONIA 123456789
CGM
CONTROLE MUNICIPAL
PMCI/CPL
PROT. 08
FL. 08

laudo médico.

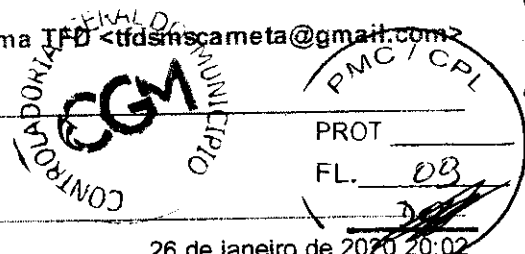
Musilo Rodrigues dos Santos é portadora de cirrose hepática, em acompanhamento clínico evoluindo com sinais de insuficiência hepática, sem melhora do tratamento clínico do período.

Busca indica para envio de Transplante Hepático, pois ainda não realizamos em nossa Regia

Dra. Zilvana Macedo
Hepatologia
CRM 15550
20



Programa TFD <tfdsmcameta@gmail.com>



Consulta transplante hepático

1 mensagem

Denissa Mesquita <denissamesquita@hotmail.com>
 Para: Programa TFD <tfdsmcameta@gmail.com>

26 de janeiro de 2020 20:02

Ao TFD Cametá Pará,

Conforme solicitado, segue agendamento da consulta HEPATOLOGIA/TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO, para paciente Priscila Rodrigues dos Santos 5 anos, para o dia 10 de Fevereiro de 2020, segunda-feira às 13h no Hospital Infantil Albert Sabin com a Dra Denissa Mesquita, sala 9 bloco C, ambulatórios. Solicito que seja enviado juntamente com a paciente Relatório médico do histórico da doença e exames laboratoriais recentes (hemograma, TAP, albumina, TGO, TGP bilirrubina total e frações, Ur, Cr, Na, K)

Atenciosamente,

Denissa Mesquita
 Médica cirurgiã do CTFC

Enviado do meu iPhone

Em 21 de jan de 2020, à(s) 17:12, Programa TFD <tfdsmcameta@gmail.com> escreveu:

Cametá, 21 de janeiro de 2020

DO: DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO/SMS CAMETÁ

PARA: DRª DENISE (HOSPITAL ALBERT SABIN/FORTALEZA-CE)

Prezada Drª Denise,

Honrada em cumprimentá-la, e conforme contato telefônico em 21/01/2020 do serviço de TFD do município de Cametá com Vossa Senhoria, encaminho o paciente abaixo relacionado, para que seja verificada a possibilidade de agendamento de consulta no Hospital Albert Sabin com Hepatologia - Transplante Hepático infantil. Segue anexo, laudos e documentação pessoal do paciente.

Para melhor organização da viagem da paciente a disponibilidade de viagem da paciente é a partir de 15 dias (a contar da data de autorização). Portanto, pedimos para que dentro das vossas possibilidades, margem de 15 dias até a data de atendimento.

Agradecemos antecipadamente a ajuda fornecida no caso do paciente.

CONSULTA TRANSPLANTE HEPÁTICO INFANTIL	
NOME:	PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
D.N.:	30/06/2014 (5 anos)

UNIVERSIDADE:	708.5020.5184.6680	PMG / CPL
MUNICÍPIO:	CAMETÁ/PA	PROT.
UNIDADE:	HOSPITAL ALBERT SABIN	FL. 10
ESPECIALIDADE:	TRANSPLANTE HEPÁTICO INFANTIL	D
CONTATOS:	(91) 98157-2384 – ANA TELMA (TFD/REGULAÇÃO) Fone e WhatsApp (91) 98149-1537 – ADRIANO (TFD/REGULAÇÃO) Fone e WhatsApp (91) 98353-9329 – IVANA (TFD/REGULAÇÃO) Fone e WhatsApp	



Atenciosamente,

Ana Telma Ribeiro Barros

Assistente Social

Coordenadora do TFD Cametá

Lilliani Figueiredo da Silva

Diretora do Departamento de

Regulação e Auditoria – DRACA

Decreto 150/2018

<Priscila - Cametá - Transplante Hepático.pdf>

PMC / CPL
PROT _____
FL 32
~~28~~



28

PMC / CPL
PROT _____
FL. 33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

POLEGAR ESQUERDA

NÃO ALFABETIZADO

CARREIRA DE IDENTIDADE

CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO
CGM

UNIDADE TERRITÓRIAS

18/12/2015

FRISCIOLA RODRIGUES DOS SANTOS

USAC COATA DOS PARÍS

LETICIA PEREIRA RODRIGUES

CAMETA PA

DATA DE NASCIMENTO: 30/06/2014

989

FRISCIOLA RODRIGUES DOS SANTOS

Data Nasc.: 30/06/2014

Sexo: F

708 5020 5184 6680

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMISSÃO DE EMENDAS DO PARÁ
POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



ANFISAM DIRETO

Leticia Pereira Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS CRISTO & SOUZA

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recife Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº de Inscrição: **015.255.212-09**

Nome: **LETICIA PEREIRA RODRIGUES**

Data de Emissão: 06/10/1993



PMG / CPL

PROT _____

FL. 34

[Signature]

CONTABILIDADE GERAL DO MUNICÍPIO

CGM

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 8961110 1 VIA 14/04/2010

NOME: **LETICIA PEREIRA RODRIGUES**

FILIAÇÃO: **JOSE MARIO SERRAO RODRIGUES
MARIZA PEREIRA RODRIGUES**

NATURALIDADE: **CAMETA PA** DATA DE NASCIMENTO: **06/10/1993**

DOC ORIGEM: **C.NASC-FURTADOS CAMETA PA**

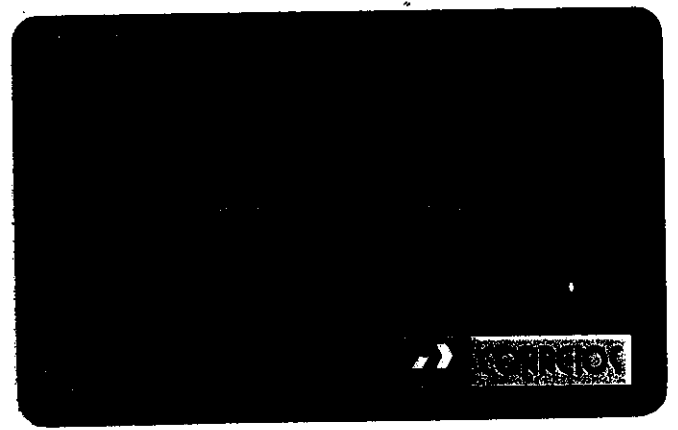
NUM: 7069 LIV: 20 FOL: 187

CPF: 015255212-09

PARÁ

ASSINADO DO TITULAR: *[Signature]*

LEI Nº 7.113 DE 2006



PMG / CPL
PROT _____
FL. 15
[Signature]

CONTABILIDADE GERAL DO MUNICÍPIO
CGM

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

700002891178704

Nome: WETICIA PERCEIRA RODRIGUES

Data de Nascimento: 06/10/93

Sexo: F Data de emissão: _____

Município de Residência: _____

RESERVAÇÃO
01/12

PMCT/CPL
PROT
FL. 16
D

CONTROLADORIA GERAL DO
CGM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PARA
POLÍCIA CIVIL
DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

Isac Cota dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

136.035.251

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

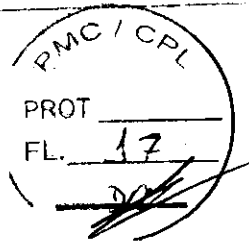
REGISTRO GERAL 4968925 4 VIA DATA DE EXPEDICAO 26/02/2019
NOME ISAC COTA DOS SANTOS

AFILIAÇÃO
FRANCISCO DOS SANTOS
MARIA ROSA COTA DOS SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CAMETA PA 01/04/1984

DOO ORIGEM C.NASC-CAMETA PA
NUM: 10419 LIV: A 23 FOL: 126
CPF 802336432-49

RATOR RH 012.967.604 ASSINATURA DO DIR
LEI Nº 7.116 DE 23/08/83



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMETA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO



DECLARAÇÃO

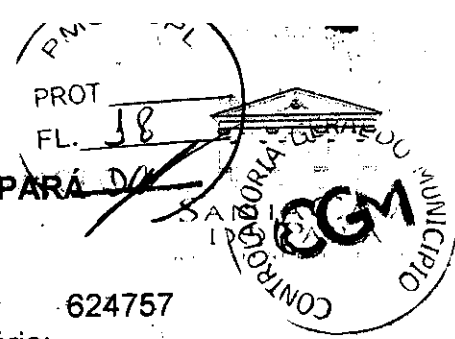
Eu, Maria de Fátima A. Cordal agente comunitário de saúde deste município, responsável pela área Mudaruçú Nidit declaro para os devidos fins que, Josevia Pereira Rodrigues RG: 6961140 e CPF: 01525521269 é residente e domiciliado neste município no endereço Mudaruçú de Baixo há 10 anos.

Cametá-Pa, 29-09-14

Maria de Fátima Alves Cordal

Assinatura ACS

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN ATHAR



Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
 Data nasc.: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses
 Data atend.: 25/11/2019 - 08:12
 Leito:
 Solicitante: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501

Pedido: 624757
 Prontuário:
 Posto: AMBULATORIO
 Origem:
 Impressão: 12/12/2019 12:06:18

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOCITAMA

		Valor de Referência:
Hemoglobina:	3,94 /mm ³ (em milhões)	3,9 a 6,7 /mm ³
Hematócrito:	11,6 g/dl	12 a 18 g/dl
Hematócrito:	37,5 %	36 a 55 %
V.C.	95,3 fl	80 a 100 fl
H.C.	29,4 pg	25 a 35 pg
C.H.	30,9 %	31 a 36 %
	13,6 %	9,6 a 13,1 %

LEUCOGRAMA

	Valor Absoluto /mm ³	Valor Relativo%	Valor de Referência:
Leucócitos:	5982		4.000 a 10.000
Basófilos:	0	0	0 a 100 /mm ³
Eosinófilos:	239	4	40 a 400 /mm ³
Bastões:	0	0	0 a 200 /mm ³
Segmentados:	2392	40	1840 a 5600 /mm ³
Linfócitos:	2933	49	1160 a 4100 /mm ³
Monócitos:	418	7	400 a 1000 /mm ³
Metamielócitos:	0	0	0 /mm ³
Mielócitos:	0	0	0 /mm ³

PLAQUETOGRAMA

		Valor de Referência:
Plaquetas:	117600 /mm ³	150.000 a 440.000/mm ³
M.P.V.:	8,9 fl	6,2 a 11 fl
P.C.P.:	0,10 %	0,15 a 0,425 %
P.D.:	20 %	12 a 17 %

GRANULOCITOS

Prontuário:
 Mielocitos:
 Blas:

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN ATHAR



Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
Data nasc: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses
Data atend: 25/11/2019 - 08:12
Leito:
Solicitação: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501

Pedido: 624757
Prontuário:
Posto: AMBULATORIO
Origem:
Impressão: 12/12/2019 12:06:18



GLIC

RESULTADO: 71 mg/dL

Valor de Referência: Em jejum: Glicemia normal.....: de 65 até 99 mg/dL
2 horas após de sobrecarga de glicose :inferior a 140 mg/dL
Tolerância à glicose diminuída.....: entre 100 e 125 mg/dL
RN.....: 30 a 80 mg/dL.
Estes valores são recomendados pela Federação Internacional de Diabetes (IDF).

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA

Material: SORO

Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04.

URÉI

RESULTADO: 29 mg/dL

Valor de Referência: Masculino.....: 19 - 43 mg/dL
Feminino.....: 15 - 36 mg/dL

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA

Material: SORO

Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019.14:04

ACREB

Dr. Luis Fábio Leite Rêgo
CRF 1341



FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN ATHAR

PROT

FL. 21

SANTA CASA DO PARÁ
ASSISTÊNCIA E ENSINO

Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
Data nasc.: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses
Data atend.: 25/11/2019 - 08:12
Leito:
Solicitante: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501

Pedido: 624757
Prontuário:
Posto: AMBULATORIO
Origem:
Impressão: 12/12/2019 12:06:18

CREATININA

RESULTADO: 0,2 mg/dL
Valor de Referência: Masculino: 0,66 a 1,25 mg/dL
Feminino.: 0,52 a 1,04 mg/dL

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA

Material: Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04



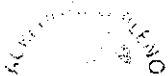
TRIGLICÉRIDEOS

RESULTADO: 276 mg/dL
Valor de Referência: Normal.....: < 150 mg/dL
Limitrofe.....: 150 a 199 mg/dL
Elevado.....: 200 a 499 mg/dL
Muito elevado: ≥ 500 mg/dL

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA

Material: Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04



Dr. Luis Fábio Leite Rêgo
CRF: 1341

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN'ATHAR

Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
Data: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses
Data: 25/11/2019 - 08:12
Leito: _____
Solicitado por: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501
Pedido: 624757
Prontuário: _____
Posto: AMBULATORIO
Origem: _____
Impressão: 12/12/2019 12:06:18

COLESTEROL TOTAL

RESULTADO: 142 mg/dL
Valor de Referência: Desejável.....: < 200 mg/dL
Limitrofe.....: 200 a 239 mg/dL
Elevado.....: ≥ 240 mg/dL



Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA
Material: SORO Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41
Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04

H.D. COLESTEROL

RESULTADO: 9 mg/dL
Valor de Referência: Baixo.....: < 40,0 mg/dL
Alto.....: ≥ 60,0 mg/dL

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA
Material: _____ Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41
Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04



[Signature]
Dr. Luis Fábio Leite Rêgo
CRF 1341



FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN ATHAR

PMCI/CPL
 PROT _____
 FL. 23
 SANTA CASA DO PARÁ
 ASSISTÊNCIA SOCIAL

Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
 Data nasc.: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses
 Data atend.: 25/11/2019 - 08:12
 Leito:
 Solicitante: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501

Pedido: 624757
 Prontuário:
 Posto: AMBULATORIO
 Origem:
 Impressão: 12/12/2019 12:06:18

LDL COLESTEROL

RESULTADO: 77,80 mg/dL
 Valor de Referência: Desejável: < 130 mg/dL

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA
 Material: SORO Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04



VLDL COLESTEROL

RESULTADO: 55,20 mg/dL
 Valor de Referência: Desejável: < 40 mg/dL para idade acima dos 19 anos.

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA
 Material: SORO Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04

TRANSAMINASE (AST) - TGO

RESULTADO: >750 U/L
 Valor de Referência: Feminino.....: 14 - 36 U/L
 Masculino.....: 17 - 59 U/L

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA
 Material: SORO Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04



[Handwritten Signature]

Dr. Luis Fábio Leite Régio
 CRF 1341

PMU UPL
PROT

FL. 24



FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN ATHAR

Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS - Pedido: 624757
Data nascimento: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses - Prontuário:
Data atendimento: 25/11/2019 - 08:12 - Posto: AMBULATORIO
Leito: - Origem:
Solicitante: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501 - Impressão: 12/12/2019 12:06:18

TGP-TRANSAMINASE GLUTÂMICA PIRÚVICA-ALTV

RESULTADO: 679 U/L

Valor de Referência: Feminino.....: < 35 U/L
Masculino.....: < 50 U/L



Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA
Material: SORO - Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

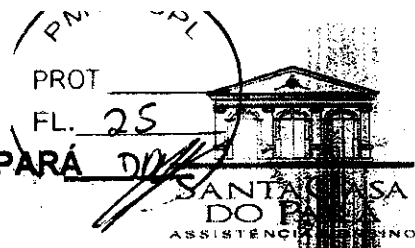
Liberação por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 - Data de Liberação: 25/11/2019 14:04
.....




Dr. Luis Fábio Leite Rêgo
CRF 1341



FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN ATHAR



Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
Data nasc.: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses
Data atend.: 25/11/2019 - 08:12
Leito:
Solicitante: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501

Pedido: 624757
Prontuário:
Posto: AMBULATORIO
Origem:
Impressão: 12/12/2019 12:06:28

BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES

Bilirrubina Total: 9,64 mg/dl
Bilirrubina Direta: 7,70 mg/dl
Bilirrubina Indireta: 1,940 mg/dl



Valor de Referência:

Bilirrubina Total:
Neonato com menos de 21 dias: 1,0 a 10,5 mg/dL
ADULTO.....: 0,2 a 1,3 mg/dL

Bilirrubina Direta....: < = 0,4 mg/dL

Bilirrubina Indireta..: Adulto.: até 1,1 mg/dL
Neonato: 0,6 a 10,5 mg/dL

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA

Material: SORO

Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Ultimos Resultados: 1,00[25/02/2019]; 0,80[15/01/2019]; 4,20[26/10/2018]; 7,75[28/02/2019];
0,40[25/02/2019]; 0,40[15/01/2019]; 3,10[26/10/2018]; 5,59[28/02/2019];
0,600[25/02/2019]; 0,400[15/01/2019]; 1,100[26/10/2018]; 2,160[28/02/2019]

Elaborado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04

Dr. Luis Fábio Leite Rêgo.
CRF 1341

127
PROT
FL. 26



FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN ATHAR

Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
Data nasc.: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses
Data atend.: 25/11/2019 - 08:12
Leito:
Solicitante: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501

Pedido: 624757
Prontuário:
Posto: AMBULATORIO
Origem:
Impressão: 12/12/2019 12:06:18



FOSFATASE ALCALINA

RESULTADO: 328 U/L
Valor de Referência: 38 - 126 U/L

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA
Material: SORO Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04

GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE

RESULTADO: 60 U/L
Valor de Referência: Feminino.....: 12 - 43 U/L
Masculino....: 15 - 73 U/L

Método: QUÍMICA SECA - ESPECTROFOTOMETRIA DE REFLECTÂNCIA
Método: Automatizado QUÍMICA SECA - E
Material: SORO Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04

ALFA 2-MACROGLOBULINA

RESULTADO: 4,32 ng/mL
Valor de Referência: Adultos: 0 - 7,51 ng/mL

Método: QUIMIOLUMINESCÊNCIA AMPLIFICADA
Material: SORO Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Liberado por: LUIS FÁBIO LEITE RÊGO - CRF: 1341 Data de Liberação: 25/11/2019 14:04



Dr. Luis Fábio Leite Rêgo
CRF 1341

Rua Oliveira Belo, 395 - Umarizal - Belém/PA - CEP:66050-380 - CNPJ: 04.929.345/0001-85

Santa Casa do Pará - PA por (74f9b757959f97ad161e12ce1607f398) em 12/12/2019 12:06:28



FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
LABORATÓRIO JAYME ABEN ATHAR



Paciente: PRISCILA RODRIGUES DOS SANTOS
 Data nasc.: 30/06/2014 - 5 anos e 4 meses
 Data atend.: 25/11/2019 - 08:12
 Leito:
 Solicitante: ZILVANA PINHEIRO DE MACED - CRM-PA 501

Pedido: 624757
 Prontuário:
 Posto: AMBULATORIO
 Origem:
 Impressão: 12/12/2019 12:06:28

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTOMBINA

		Valor de Referência
Tempo:	16,0 seg	11 a 15 segundos
Atividade:	70 %	Acima de 70 %
INR:	1,25	



Valor de Referência: INR (relação Internacional Normalizada)

- Profilaxia de tromboembolismo venoso. Valor Alvo: 2,5 Valor Limite: 2 a 3
- Tratamento de trombose venosa profunda. Valor Alvo: 3 Valor Limite: 2 a 4
- Embolismo sistêmico recorrente. Valor alvo: 3,5 Valor Limite: 3 a 4,5

Método: Automatizado Coagulômetro

Material: Plasma Citratado Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Últimos Resultados: 15,2[08/07/2019]; 17,1[15/01/2019]; 15,5[06/11/2018]; 16,8[26/10/2018];
 Últimos Resultados: 73[08/07/2019]; 64[15/01/2019]; 63,3[06/11/2018]; 55,3[26/10/2018];
 Últimos Resultados: 1,22[08/07/2019]; 1,28[15/01/2019]; 1,36[06/11/2018]; 1,51[26/10/2018]

Liberado por: ANDREA CRISTIANE PINHEIRO PEREIRA Data de Liberação: 25/11/2019 11:50

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVO

RESULTADO: 47,0 segundos

Valor de Referência: 28,5 a 38,5 segundos

Método: Automatizado Coagulômetro

Material: Plasma Citratado Data de Coleta: 25/11/2019 08:12:41

Últimos Resultados: 46,9[08/07/2019]; 43,1[06/11/2018]; 43,7[01/11/2017]; 38,7[24/04/2017]

Liberado por: ANDREA CRISTIANE PINHEIRO PEREIRA Data de Liberação: 25/11/2019 11:50



PMC / CPL
PROT _____
FL. 28
[Signature]

CONTABILIDADE GERAL DO MUNICÍPIO
CGM

Dr Fabiana
Precisa ser amam com urgência
Boa tarde doutora! 1:29 da tarde ✓

Como ficou vc vai remarcar ou eu
posso falar a Priscila. Me avise
1:42 da tarde ✓



Boa tarde 2:08 da tarde

Conslgo reagendar para 8/01
2:09 da tarde

Dr Fabiana
Boa tarde
Boa tarde! 5:22 da tarde ✓

Dr Fabiana
Conslgo reagendar para 8/01
Obrigada doutora - 5:27 da tarde ✓

Posso confirmar? 6:31 da tarde

Dr Fabiana
Posso confirmar?
Pode sim obrigada querida
7:32 da noite ✓

digite uma mensagem



MEMO Nº 011/2021/SMS/DRACA

Cametá, 08 de janeiro de 2021

DO: DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO/SMS
PARA: EMANNUEL JOSÉ MACHADO CUNHA
Secretário Municipal de Saúde de Cametá



Senhor Secretário,

Encaminhamos a V. Sa., a cópia do processo de Tratamento Fora do Domicílio da paciente **ISABELLA PINHEIRO CARDOSO**, que realiza acompanhamento médico especializado em São Paulo, especialidade Oncologia Pediátrica.

Na oportunidade, solicitamos a liberação de passagens aéreas no trecho Belém-São Paulo-Belém, para a paciente e seus acompanhantes (pai e mãe), que possui atendimento agendado para o dia **26/01/2021**, conforme comprovante em anexo. Lembramos que, por ser uma criança com problemas de saúde, com baixa imunidade, o ideal é que as passagens sejam, preferencialmente, em **voo diurno e sem conexão**, evitando assim, sua exposição a ambientes desfavoráveis. Lembramos que o aeroporto mais próximo ao local de hospedagem e ao hospital é o Aeroporto de Guarulhos.

Paciente: **ISABELLA PINHEIRO CARDOSO**

CPF: 087.548.952-43

D.N.: 07/10/2019

Acompanhante (mãe): **LETÍCIA ESTUMANO PINHEIRO**

RG: 6028787

CPF: 006.409.182-12

Acompanhante (pai): **DEIBSON PANTOJA CARDOSO**

RG: 6133214

CPF: 012.249.172-60

Obs.: Ida: até o dia 25/01/2021

Volta: A confirmar, dependendo da avaliação médica e liberação para viajar.

Atenciosamente,

Ana Telma Ribeiro Barros
Assistente Social
CRESS 2388

Sicley da Encarnação Ribeiro
Diretora do Departamento de
Regulação e Auditoria - DRACA

GABINETE DO SECRETÁRIO DE SAÚDE
RECEBIDO EM 08/01/2021
ASSINATURA:

PROCESSO: 024

ANO: 2020

PROCEDÊNCIA: **CAMETÁ** / ASSUNTO: PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

INTERESSADO: ISABELLA PINHEIRO CARDOSO	
CNS: 709.0078.4675.4716	D.N.: 07/10/2019
ACOMPANHANTE: LETÍCIA ESTUMANO PINHEIRO	
CNS: 703.4012.7662.9813	D.N.: 21/07/1989
AFINIDADE: MÃE	DATA DA AUTORIZAÇÃO: 03/07/2020

ESPECIALIDADE	CID	INÍCIO
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	C 69.2	03/07/2020

DATA	DESCRIÇÃO/ LOCAL DE ATENDIMENTO	QUANT. PASSAGENS	TRANSPORTE
31.07.2020	São Paulo - Hosp. Sto. Marcelino	02 P + 04 ac.	Aéreo
01.10.2020	Liberada ficha de Evoluções. Paciente permanece em São Paulo, em tratamento.		
18.12.2020	Paciente recebeu alta de São Paulo. Solicitamos passagens aéreas de retorno, nesta data. Agendamentos de retorno 26/01/2021.		

Mia Tetima de Barros
Assistente Social
CRESSIPA: 2388



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMETA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CGM

PMCI/CPL
PROT. FL. 33
024/20

PEDIDO DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (P.T.F.D.)

PEDIDO Nº 024/20

NOME DO PACIENTE <i>Isabella Pinheiro Cardoso</i>		DOC. IDENTIDADE <i>CN</i>
RESIDÊNCIA <i>Vila bom jardim</i>		BAIRRO <i>Com Rural</i>
CIDADE <i>Cameta</i>	TELEFONE	DATA DE NASCIMENTO <i>07/30/2019</i>
NOME DO ACOMPANHANTE <i>Leticia Estumano Pinheiro</i>		DOC. IDENTIDADE <i>6028787</i>
RESIDÊNCIA <i>O mesmo</i>		BAIRRO <i>Com Rural</i>
ORIGEM <i>SUS/TFD/</i>		PARENTESCO <i>Mãe</i>
		DATA <i>03/07/2020</i>

- Encaminha-se o original deste PEDIDO ; Juntamente com a 1ª e 2ª via do Laudo Médico ao SUS/TFD/.
 - Aguarda-se Resposta.
- OBS: *Oncologia Pediátrica*

PARA USO DO ÓRGÃO DE DESTINO:	DATA
	___/___/___

1. Em face dos nossos recursos Médico-Assistenciais:

AUTORIZADO o Tratamento solicitado.
 NÃO AUTORIZADO

Celso Carvalho Valente
Médico Clínico
CRM PR 7623

CHEFIA DO ÓRGÃO DE DESTINO

DESCREVER PROVIDÊNCIAS	DATA
	___/___/___

Charles Cezar Tocantins de Souza
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto Nº 007/17

SERVIDOR - CARIMBO - MATRÍCULA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMETÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

PROT. _____
FL. 37

MUNICÍPIO DE CAMETÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
11.311.331/0001-581
CONTRADÓRIA CGM
CARTÃO DE REGISTRO Nº 0001/2019
CARTÃO DE REGISTRO Nº 0001/2019

LAUDO MÉDICO (L.M.)

NOME DO PACIENTE: <i>Trabella Pinheiro Cardoso</i>		DOC. IDENTIDADE
RESIDÊNCIA: <i>Rua do Bom Jardim</i>	BAIRRO: <i>Rural</i>	
CIDADE: <i>Cametá</i>	TELEFONE: <i>99105-9881</i>	DATA DE NASCIMENTO: <i>07/10/2019</i>
NOME DO ACOMPANHANTE: <i>Letícia Estumano Pinheiro</i>	DOC. IDENTIDADE	
ENDEREÇO: <i>o mesmo</i>	PARENTESCO: <i>Mãe</i>	

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:
Paciente com provável diagnóstico de Retinoblastoma bilateral.

EXAME FÍSICO:
_____ + _____ + _____

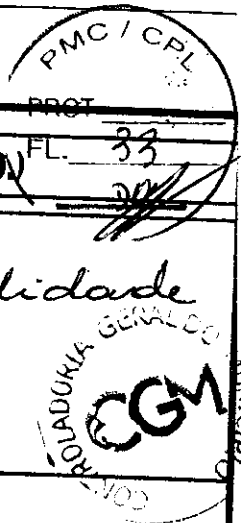
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL <i>Retinoblastoma bilateral</i>	CID <i>C69.2</i>
---	---------------------

EXAME (S) COMPLEMENTAR (ES) REALIZADO (S). ANEXAR CÓPIAS
_____ + _____

TRATAMENTO (S) REALIZADOS (S)
_____ + _____

TRATAMENTO/EXAME INDICADO
Oricaminho ao Oncologista Pediatra

TEMPO PROVÁVEL DO TRATAMENTO
Indeterminado



LAUDO MÉDICO (L.M.) TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (T.F.D.)

PROT. FL. 33

Justificar as razões que impossibilitam a realização do Tratamento/Exame na localidade:

Município não dispõe de especialidade na rede.

Justificar em caso de necessidade de encaminhamento urgente:

Quadro Clínico.

Justificar em caso de necessidade de acompanhante:

Quadro Clínico + Infante.

Transporte recomendável - Justificar:

Rodo-fluvial.

Outras anotações:

LOCAL

DATA

Gilson R. ... Estomago
Médico
CRM - PA 11013


Médico Assistente
CARIMBO - CRM

Parecer da Chefia do T.F.D. da localidade. De acordo:

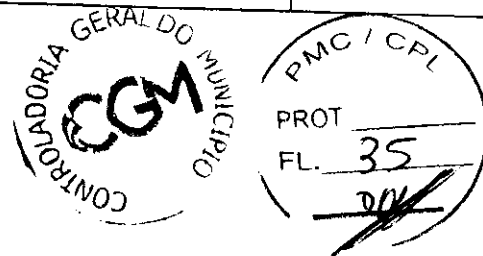
LOCAL

DATA

Médico Assistente
CARIMBO - CRM

 <p>HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO</p> <p>PRO Saúde</p> <p>Assistência Especializada em Oncologia Infantil</p>	FORMULÁRIO – Diretoria Técnica		<p>Secretaria de Saúde Pública</p>  <p>Governo do PARÁ</p> <p>www.pa.gov.br</p>
	Laudos Médicos		
	Código: FO.HOIOL.DT.011	Versão: 001	


Laudos Médicos



AO: TFD

A paciente ISABELLA PINHEIRO CARDOSO, DN: 07/10/2019, está em acompanhamento nesta instituição com provável diagnóstico de Retinoblastoma bilateral, compatível com CID C69.2. A mesma necessita de retornos frequentes para tratamento, consultas e exames por período de tempo indeterminado, necessitando de acompanhante.

Belém, 30/06/2020.


DRA. RENATA BARRA
 Oncologia Pediátrica
 CRM/PA. 11.651

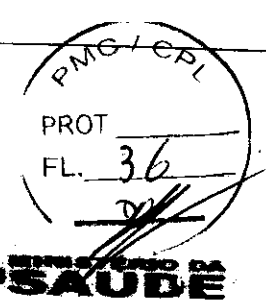
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
 Travessa 14 de Abril, 1394 - CEP 66063-005
 São Brás – Belém – Pará



24.232.886/0168-37

PRÓ-SAÚDE-ASSOC. BENEF. ASSIST. SOCIAL E HOSPITALAR
HOSPITAL ONCOLÓGICO

Av. Magalhães Barata, nº 992
São Brás



DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO E AUDITORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD
CENTRO DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE - CERAC-PA
LAUDO MÉDICO
Belém - Pará

PACIENTE	NOME:		ISABELLA PINHEIRO CARDOSO		DATA DE NASCIMENTO:	07.10.2019
	PROFISSÃO:	CPF:	DOC. DE IDENTIDADE:	087.548.952-43	CARTÃO SUS:	709 007846754716
	ENDEREÇO COMPLETO:				TELEFONE:	
FAMÍLIAR	NOME:		LETÍCIA ESTUMANO PINHEIRO		DATA DE NASCIMENTO:	21.07.1989
	GRAU DE PARENTESCO:	CPF:	DOC. DE IDENTIDADE:	006409182-12	CARTÃO SUS:	6028787
	ENDEREÇO COMPLETO:				TELEFONE:	
MÉDICO SOLICITANTE	NOME:		Sulemy de S. Marinho Fernandes		ESPECIALIDADE:	Psicologia pediátrica
	CPF:	DOC. DE IDENTIDADE:	CRM:	845.346.052-34	3593968	11885
	UNIDADE SOLICITANTE:				TELEFONE:	EMAIL:
	14010L					

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CLÍNICA / *CLASSE FUNCIONAL (Cardiologia)
Retinoblastoma bilateral	C69.2	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Quioterapia intraarterial.	030408004-7	

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS (HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL)

Paciente com retinoblastoma bilateral necessita de tratamento especializado não disponível no Pará.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de realização de tratamento com quioterapia intraarterial ocular.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Resposta magnética de crânio e ultrassonografia de órbita

Condições hemodinâmicas (incluindo necessariamente a mensuração da PA):	Bom	Funções Renal e Hepáticas:	sem alterações
Padrão Respiratório:	sem alterações	Estado Neurológico Sumário:	sem alterações
Estado Nutricional:	sem alterações	Caracterização de eventual urgência na realização do procedimento:	urgência por retirada de neoplasia intratável
História progressa e atual significativa especialmente quanto ao uso e alergia a medicamentos, bem como alergia a contrastes, anestésicos e antissépticos:	Nada digno de nota	Informação sobre dados de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não):	Paciente em bom estado geral.
Atestar as condições de remoção com segurança para o paciente e indicações do transporte adequado:	Transporte aéreo	Medicamentos utilizados/ em uso (respectivas dosagens):	
Relatório de risco cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA 1,2,3,4, ou 5):			

TRATAMENTO REALIZADO

Nenhum até o momento

JUSTIFICAR AS RAZÕES QUE IMPOSSIBILITAM A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO NO ESTADO

Não há quimioterapia intratecal para tratamento oulcar de retinoblastoma no Pará.

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE

Paciente menor de idade

JUSTIFICAR EM CASO DE NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Não.

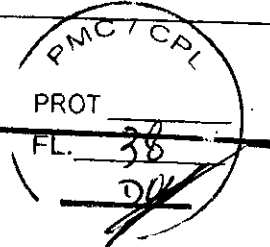
OUTRAS ANOTAÇÕES

Belém 24/10/2020 LOCAL E DATA	<i>[Assinatura]</i> MÉDICO - ASSISTENTE
----------------------------------	--

PARECER JUNTA MÉDICA / SERVIÇO LOCAL DE MEDICINA SOCIAL

LOCAL E DATA	MÉDICO - ASSISTENTE

*TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO ASSISTENTE, COM LETRA LEGÍVEL.
 *ANEXAR CÓPIAS DA DOCUMENTAÇÃO PESSOAL DO PACIENTE E ACOMPANHANTE E DOS EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICOS RECENTES (Hemograma, Creatinina, Coagulograma, Glicemia de Jejum, Eletrocardiograma, Radiografias de Tórax p/ maiores de 60 anos e outros)



HOSPITAL SANTA MARCELINA
CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA
 Departamento de Oncologia Pediátrica
 Rua Santa Marcelina, 185-A
 Itaquera, São Paulo Capital

São Paulo, 23 de julho de 2020

Ao Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo- HOIOL

PAC: Isabella Pinheiro Cardoso
MV: CASO NOVO
GENITORA: Leticia Estumano Pinheiro

REF: AGENDAMENTO DE CONSULTA

Vimos por meio deste, comunicar a este conceituado órgão, que o paciente acima mencionado possui consulta em 03/08/2020 às 07:00H, junto ao Ambulatório de Oncologia Pediátrica Hospital Santa Marcelina de Itaquera, sito à Rua Santa Marcelina, 185 -A - Itaquera- São Paulo telefone 11 2524 4945, conforme autorizado pela Dra Ethel.

O traslado / Hospital, ficará por conta de familiares ou TFD- aeroporto mais próximo Guarulhos. Trazer toda documentação da genitora e paciente, todos os exames atuais realizados, blocos e laminas caso haja.

Paciente e acompanhante serão hospedados na Luz do Amanhã, sito a RUA VIRGINIA DE MIRANDA, 1199- Itaquera, 08240-010- contato com Roberto 2055-4195 / 98698-9182 / 9 7616-9744. Aeroporto mais próximo é de Guarulhos.

Diante do exposto, encaminhamos o caso para conhecimento e conduta e nos colocamos á disposição para quaisquer informações pelo telefone 11 2524 49 45 ou 2070-6650.

Talita Gleice A. Goes
Assistente Social
CPF: 19384

Atenciosamente
Assistente Social
Talita Gleice Alves Goes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
BARBARA FERREIRO CARDOSO

CPF
025.680.927-46

MATRICULA
0441470155 2017 1 00456 174 0024164 53

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

07 DE JULHO DE 1989

DIAS MESES ANOS
07 08 1989

LOCAL ANTERIOR DE NASCIMENTO EM
MUNICÍPIO REGIONAL DE CARREIARIAS

DESCRIÇÃO DO NOME DO PAI E DO MÊTERNO DO NASCENTE

NOME DO PAI

NOME DO MÊTERNO

DIÁRIO DE REGISTROS	NÚMERO	DATA DE REGISTRO	DIÁRIO DE REGISTROS	DATA DE REGISTRO

NOME DO OFICIAL CARREGADO DE REGISTRAR
NOME DO OFICIAL ELABORADOR
CITY DE REGISTRO
MUNICÍPIO DE CARREIARIAS
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
Município de Carreirarias

[Handwritten Signature]
Município de Carreirarias


[Stamp]
Município de Carreirarias
Estado de Mato Grosso do Sul
Código de Registro
001936917

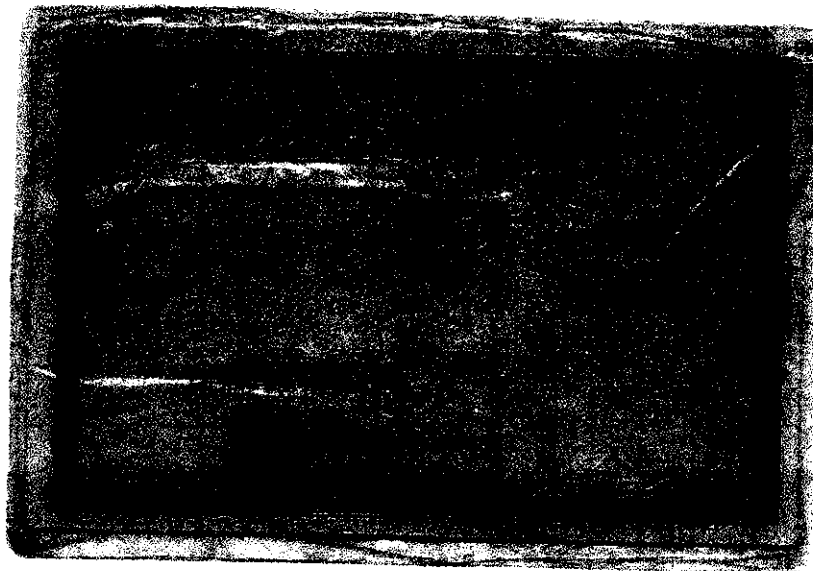
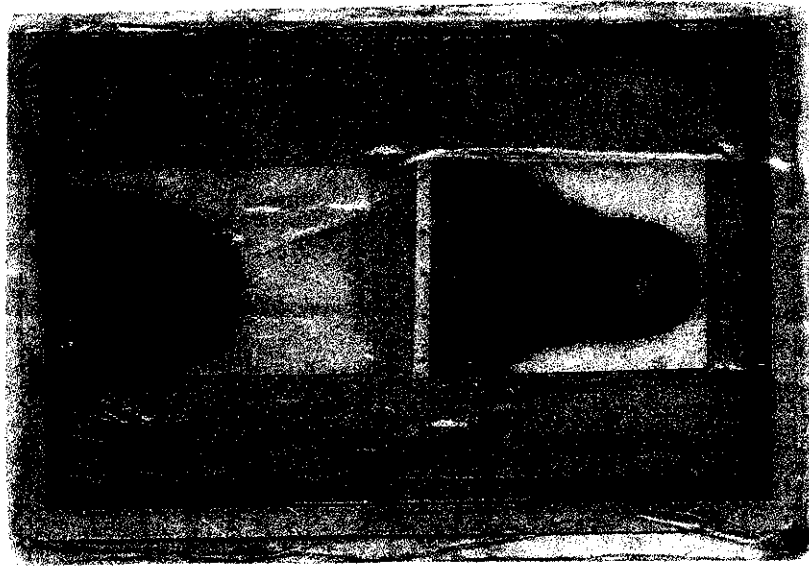
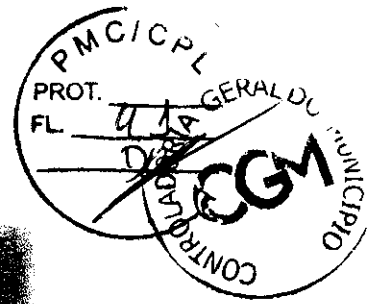
ARREBRASIA DA 001936917 BRP

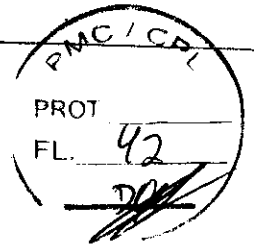
BMC/CP
PROT. 10

PMC / CPL
PROT _____
FL. 40
[Signature]

CONTRADORIA GERAL DO MUNICÍPIO
CGM

TEREZA FERREIRA CARDOZO
R. Social/Epitáfio: 1800000
Data Resp.: 07/10/2019 Sexo: F
709 0078 4675 4716






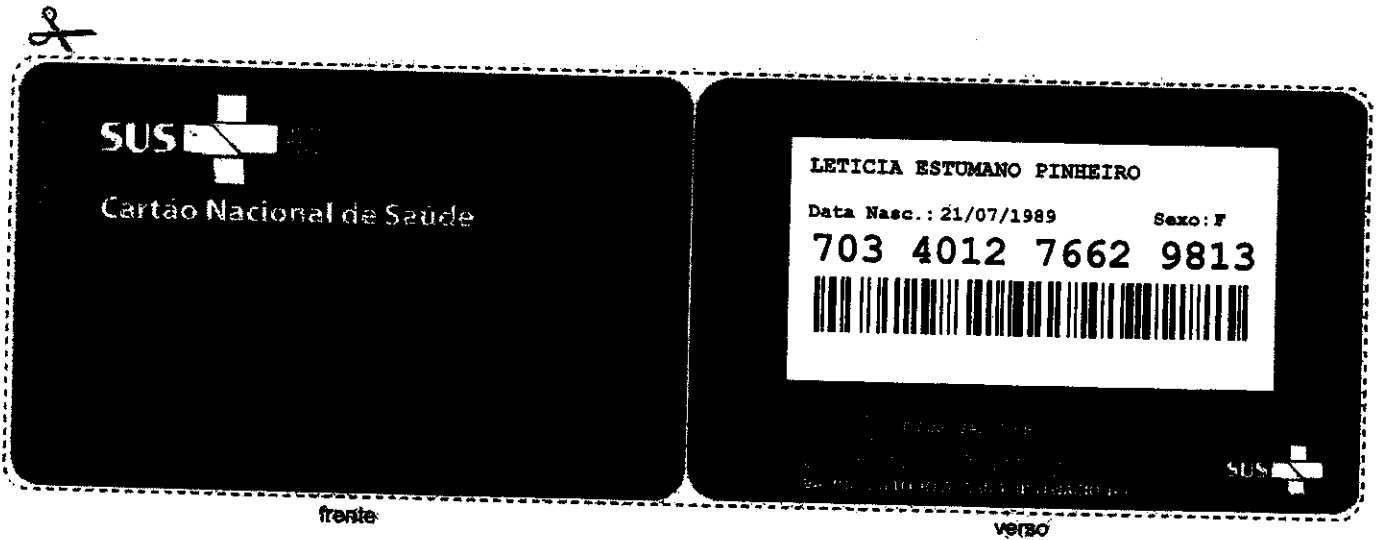
Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sra. LETICIA ESTUMANO PINHEIRO,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

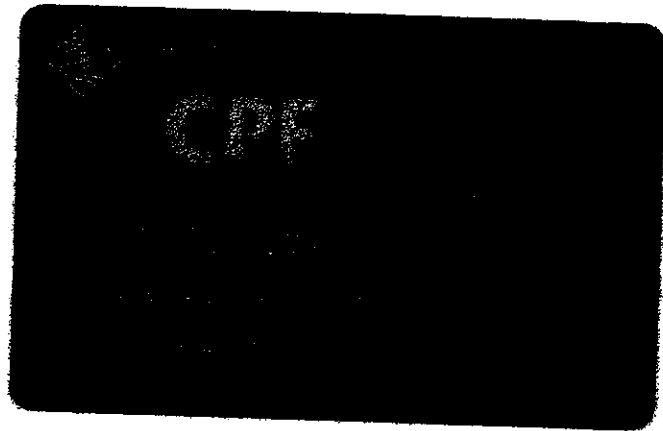
Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

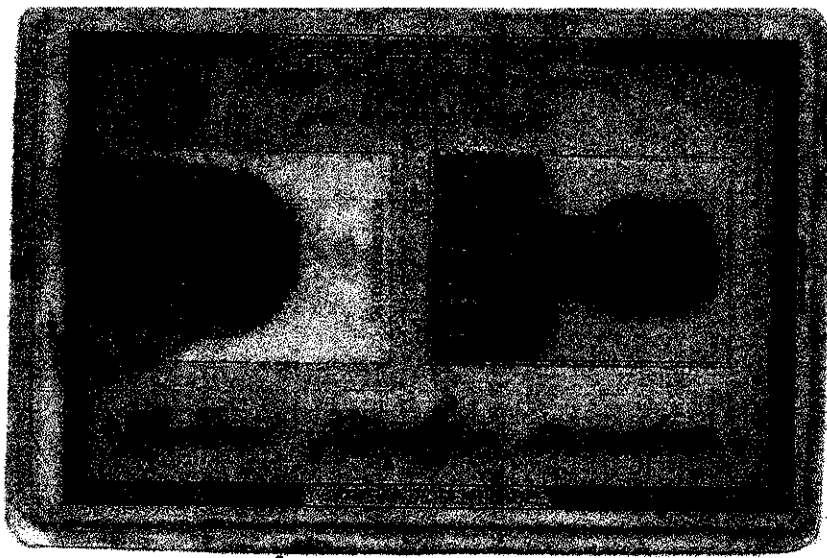
Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.



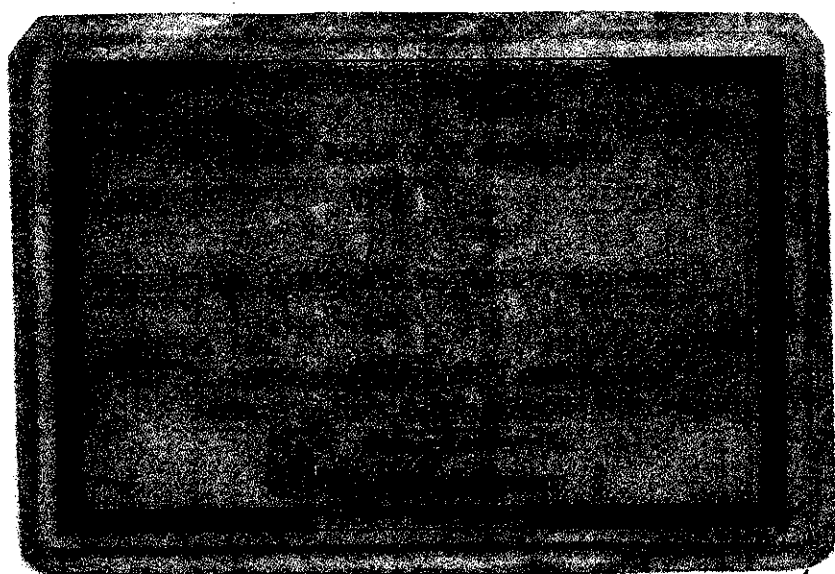
PMCI / CPL
PROT
FL. 43
[Handwritten signature]


CONTRADORIA GERAL DO MUNICÍPIO
CGM

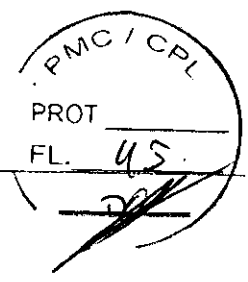




PMCI CPL
PROT. _____
FL. 44
CGM
CONTROLO




Receita Federal
CPF
092.248.172-80



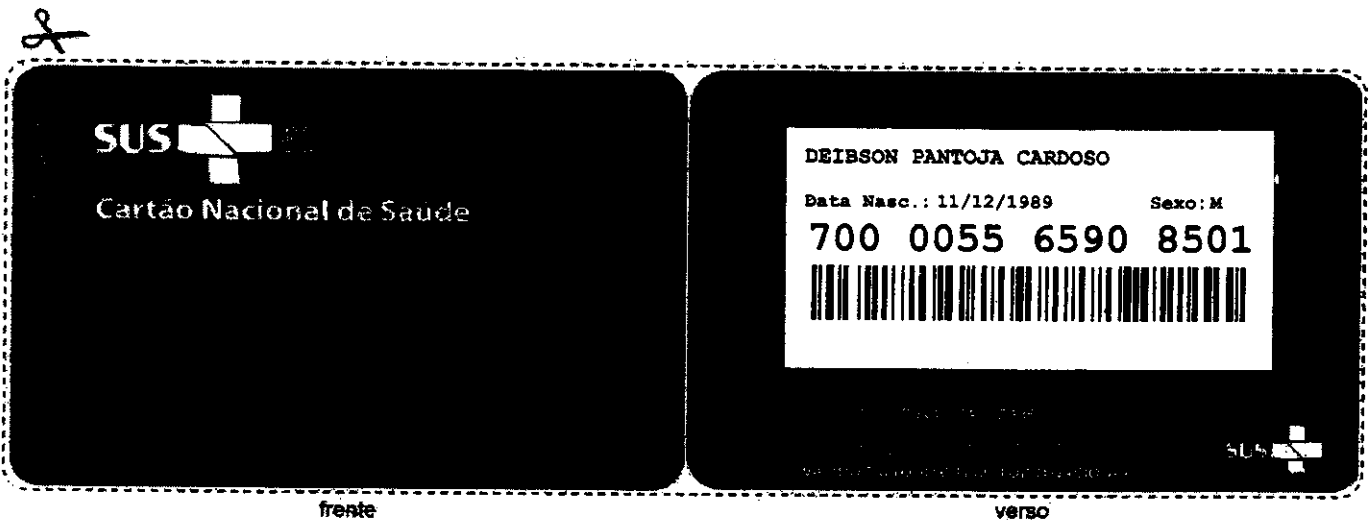
Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. DEIBSON PANTOJA CARDOSO,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.



frente

verso



PROT
FL. 47



REQUERIMENTO ESPECIAL

Processo nº:

024 120

Nome do paciente:

Isabella Pinheiro Cardoso



<input checked="" type="checkbox"/> Habilitação de acompanhante <i>Preencher somente as áreas 2 e 3.</i>	<input type="checkbox"/> Troca de acompanhante <i>Preencher as áreas 1, 2 e 3.</i>
--	--

Área 1 – Acompanhante anterior

Declaro que desejo revogar o termo de responsabilidade que me habilitou como acompanhante deste paciente e apresento a seguinte justificativa para esta solicitação: _____

Tenho ciência que com a assinatura do campo abaixo permito a retirada do meu nome do cadastro do paciente, impossibilitando-me de movimentar o processo alvo desta solicitação. E por fim afirmo que estou de acordo, juntamente com o paciente, em repassar as responsabilidades de acompanhante ao signatário da área 3 deste formulário.

(Assinatura do acompanhante anterior)

Justificativa para o não preenchimento desta área pelo acompanhante anterior: _____	
_____	Responsável pela informação _____

Área 2 – Paciente

Declaro que desejo realizar a habilitação do acompanhante mencionado na área 3 deste formulário. Tenho ciência de que este deve prestar completa assistência no meu tratamento durante o período que for meu acompanhante.

Permito a realização da alteração do acompanhante habilitado no processo, sendo, antes da assinatura deste requerimento, esclarecido (a) pelo programa os efeitos de tal procedimento. Estando de acordo, afirmo que tenho ciência que o cidadão informado na área 1 repassará as responsabilidades vinculadas a tarefa de acompanhante ao cidadão cadastrado na área 3 deste formulário a partir da assinatura deste documento. (Parágrafo válido somente para alteração de acompanhante)

X

(Assinatura do paciente)

Justificativa para o não preenchimento desta área pelo paciente: <u>Memor</u>	
_____	Responsável pela informação _____

Paciente: **ISABELLA PINHEIRO CARDOSO**

Prontuário: 02606557

Atendimento: **17975753**

Convênio: SUS Idade: 1 Ano

Sexo: Feminino

RECEITUÁRIO



RELATÓRIO AO TFD

A PACIENTE ISABELLA PINHEIRO CARDOSO INICIOU TRATAMENTO PARA RETINOBLASTOMA BILATERAL NO SERVIÇO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL SANTA MARCELINA EM AGOSTO DE 2020. REALIZOU EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E ÓRBITAS, COLETA DE LIQUOR COM CITOLOGIA ONCÓTICA E RECEBEU QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA E TERMOTERAPIA LOCAL NOS MESES DE AGOSTO, SETEMBRO E OUTUBRO. A CRIANÇA FOI SUBMETIDA A ENUCLEAÇÃO DO OLHO ESQUERDO EM SETEMBRO DE 2020. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA E TERAPIA LOCAL EM OLHO DIREITO.

CID: C692

São Paulo, 09/11/2020

[Handwritten signature: Dr. Ethel F. Gorender CRM 52876]

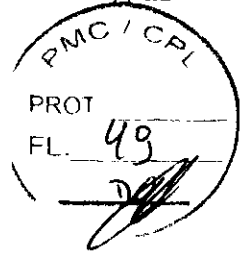
ETHEL FERNANDES GORENDER
CRM - 52876
Assinatura e Carimbo do Médico



Instituto Luz do Amanhã

Núcleo de Apoio à Crianças e ao Adolescente com Câncer e Outras Patologias

CNPJ: 19.095.789/0001-30
e-mail: contato@luzdoamanha.org
facebook.com/institutoluzdoamanha
www.luzdoamanha.org
Instagram: @institutoluzdoamanha



São Paulo, 09/11/2020.

Declaração



Instituto Luz do Amanhã, Entidade sem fins lucrativos devidamente cadastrados no CNPJ acima já qualificado, vem por meio deste, declarar que o paciente Isabella Pinheiro Cardoso, sua genitora Leticia Sturiano Pinheiro e seu genitor Deibson Pantoja Cardoso, estão desde o dia 02/08/2020 a 09/11/2020 sendo assistidos por nós em nossa casa de apoio com alimentação caso estejam presente no horário e hospedagem, estando a mesma em tratamento de oncologia no hospital Santa Marcelina de Itaquera, onde está realizando os procedimentos como consultas, exames laboratoriais e tratamento quimioterápico sem revisão de alta.

Solicitam providencias referente à ajuda de custo.

Sem mais até o presente momento.

19.095.789/0001-30

INSTITUTO LUZ DO AMANHÃ

Rua Virginia de Miranda, 1199
Itaquera - CEP: 08240-010

SÃO PAULO - SP

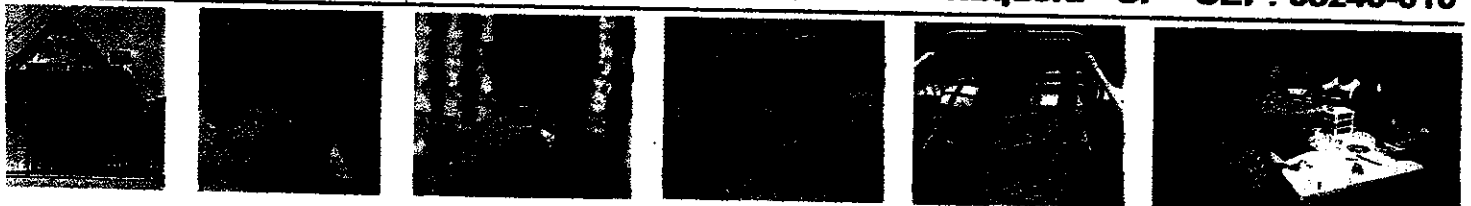
Atenciosamente,

Diretoria Executiva

INSTITUTO LUZ DO AMANHÃ

Roberto Rodrigues
Diretoria Executiva
RG. 30.475.166-2

fone (11) 2055-4195 Rua Virginia de Miranda, 1199 - Jd. Norma - Itaquera - SP - CEP: 08240-010



PMO/CPL
PROT
FL. 50
20



**HOSPITAL
SANTA MARCELINA**
CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA
Departamento de Oncologia Pediátrica
Rua Santa Marcelina, 185-A
Itaquera, São Paulo Capital

CONTABILIDADE GERAL DO MUNICÍPIO
CGM

São Paulo, 18 de dezembro de 2020

Ao
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo- HOIOL

PAC: Isabella Pinheiro Cardoso
MV: CASO NOVO
GENITORA: Leticia Estumano Pinheiro

REF: AJUDA DE CUSTO

Vimos por meio deste, comunicar a este conceituado órgão, que o paciente acima mencionado é acompanhada desde 03/08/2020, junto ao Ambulatório de Oncologia Pediátrica Hospital Santa Marcelina de Itaquera, sito à Rua Santa Marcelina, 185 -A - Itaquera- São Paulo telefone 11 2524 4945, conforme autorizado pela Dra Ethel.

Paciente e acompanhante serão hospedados na Luz do Amanhã, sito a RUA VIRGINIA DE MIRANDA, 1199- Itaquera, 08240-010- contato ccm Roberto 2055-4195 / 98698-9182 / 9 7616-9744.


Conforme relatório médico, paciente em tratamento neste serviço, passando em consultas e exames. Favor providenciar ajuda de custo referente ao mês de dezembro/2020.

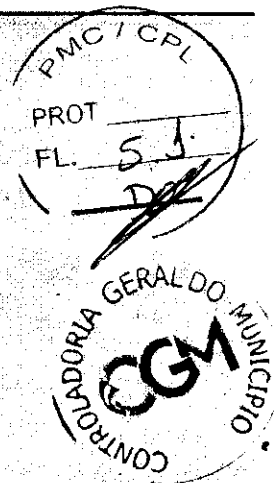
Diante do exposto, encaminhamos o caso para conhecimento e conduta e nos colocamos à disposição para quaisquer informações pelo telefone 11 2524 49 45 ou 2070-6650.

Atenciosamente

Assistente Social
Talita Gleice Alves Goes

Talita G. A. Goes
Assistente Social
CRSS-49384

 **HOSPITAL**
SANTA MARCELINA
CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA
Departamento de Oncologia Pediátrica
Rua Santa Marcelina, 185-A
Itaquera, São Paulo Capital



São Paulo, 18 de dezembro de 2020

Ao
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo- HOIOL

PAC: Isabella Pinheiro Cardoso
MV: CASO NOVO
GENITORA: Leticia Estumano Pinheiro

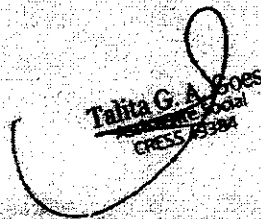
REF: PASSAGENS

Vimos por meio deste, comunicar a este conceituado órgão, que o paciente acima mencionado é acompanhada desde 03/08/2020, junto ao Ambulatório de Oncologia Pediátrica Hospital Santa Marcelina de Itaquera, sito à Rua Santa Marcelina, 185 -A - Itaquera- São Paulo telefone 11 2524 4945, conforme autorizado pela Dra Ethel.

Paciente e acompanhante serão hospedados na Luz do Amanhã, sito a RUA VIRGINIA DE MIRANDA, 1199- Itaquera, 08240-010- contato com Roberto 2055-4195 / 98698-9182 / 9 7616-9744.

Solicitamos liberação das passagens de dois acompanhantes junto ao aeroporto de Guarulhos. Retorno ambulatorial 26/01/2021 às 7h00.

Diante do exposto, encaminhamos o caso para conhecimento e conduta e nos colocamos à disposição para quaisquer informações pelo telefone 11 2524 49 45 ou 2070-6650.


Talita G. A. Goes
Assistente Social
CRSS 45384

Atenciosamente

Assistente Social
Talita Gleice Alves Goes



HOSPITAL
SANTA MARCELINA

QUIMIOTERAPIA

PMG/CPL
PROT _____
FL. 52
[Signature]

2606557 ISABELLA PINHEIRO CARDOSO

Nascimento: 07/10/2019
CPF: 08754895243

Sexo: F
CNS: 709007846754716

Mãe: LETICIA ESTUMANO PINHEIRO

Endereço: RUA SANTA MARCELINA DE 1 A 589

177

CEP: 08270070

SÃO PAULO

VILA CARMOSINA

CONTABILIDADE GERAL DO MUNICÍPIO
CGM

OBSERVAÇÕES: (11) 25244945

Cross 31801415

DATA	CONSULTA
8/10/20	80 + 40 mg 4T + Mes
16/10/20	FO
18/12/20	CONSULTA + RG
26/12/21	CONSULTA + RG + FO

A VOLTA A CONSULTA NÃO ESQUECER O CARTÃO

CÓD 27513

Paciente: ISABELLA PINHEIRO CARDOSO
Atendimento: 18088585
Convênio: SUS

Sexo: F

Idade: 1 Ano
Prontuário: 02606557
Data Nasc.: 07/10/2019

RECEITUÁRIO



RETORNO EM 26/01/21

LIGAR COM 1 MÊS DE ANTECEDÊNCIA PARA CONFIRMAR DATA

São Paulo, 08/12/2020

*Dra. Mariana Lemos Barini
CRM - SP 185622*

MARIANA LEMOS BARINI
CRM - 185622
Assinatura e Carimbo do Médico

PMCT/CPL
PROT
FL. 54

CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA
MV 2000-Sistema de Gerenciamento de Unidade
Relatório de Solicitação de Exames

Pagina.: 0001 / 0001
Emitido Por: 52876
Data....: 18/12/2020 08:27

CONTROLE GERAL DO MUNICIPIO
CGM

PRESCRIÇÃO.: 22454832 DATA PRESCRIÇÃO: 18/12/2020 08:26
SETOR SOLIC: 401 AM MEDICO ESP CSSM - SUS NR CARTEIRA:
ATENDIMENTO: 18129363 VALIDADE:
PACIENTE...: 2606557 - ISABELLA PINHEIRO CARDOSO NASC: 07/10/2019 1A 2M 12D
ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVÊNIO...: SUS SERVIÇO:
PRESTADOR...: 52876 ETHEL FERNANDES GORENDER
ACOMODAÇÃO.: LEITO:
UNID INTERN: 401 AM MEDICO ESP CSSM - SUS
CID.....: USUÁRIO: 52876

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 1 LAB. MEDICINA DIAGNOSTICA

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatu.
HEMOGRAMA COMPLETO		*6584782* 6584782	18/12/2020 08:26	SANGUE	*306888612* 30688612	020202038C AT

Observação: 26/01/2021

ETHEL FERNANDES GORENDER
CRM 52876
Dra. Ethel F. Gorender
CRM 52876