

HOSPITAL GERAL DE BARREIRINHAS

Boletim de Urgência

Identificação do Paciente

Nome	MARIA DE LOURDES GOMES DA SILVA			Nº Boletim	482112010325
Nº Cartão SUS	706204593671460	Sexo	F	Data Nascimento	25/10/1940
Idade (aparente)	81 Anos				
Nome da Mãe	MARIA DO CARMO MORAES			Possui Certidão de	S
Telefone	9885320644	Data de	01/12/2021		Hora Inicia
Identidade	0000016577	Complem	92-2	U	MA Órgão
					10 SSP Emissã
					26/03/2015
Nacionalidade	BRASIL			Naturalidad	BARREIRINHAS
					Cor
					PARDA
Endereço	081 SAO SEBASTIAO			Nº SN	Complemento
Bairro	AEROPORTO	Município	BARREIRINHAS		UF
					MA CEP
					65590000
Nome Informante				Grau de Parentesco	
Endereço Informante				Telefone Informante	
Procedência					
Chegada ao Hospital	Meios Proprios				

Tipo de Ocorrência

Clinica de Atendimento	CIRURGIA GERAL	Hora do Atendimento
------------------------	----------------	---------------------

Classificação de Risco

Enfermagem

Hora do Atendimento

Peso (kg)	Pressão Arterial	Temperatur a	Pulso (bpm)	F.R. (mpm)	Sat. O2 (%)	HGT (mg/dl)
Nível de Consciência				Causa Externa		
Queixa						
Doenças Pré-Existente						
Medicamentos						
Alergias						
Avaliação						

CONDIÇÕES DO PACIENTE NO ATENDIMENTO

Aparentemente Bem	Regular	Com Dispneia	Chocado	Comatoso
Com Hemorragia	Em Convulsão	Politraumatizado	Agitado	Outros

Peso (kg)	Pressão Arterial	Temperatur a	Pulso (bpm)	F.R. (mpm)	Sat. O2 (%)	HGT (mg/dl)
-----------	------------------	--------------	-------------	------------	-------------	-------------

Diagnóstico (Lesão ou Afecções Encontrada)
Tratamento

Tipo de Saída	Data/Hora da Saída
Destino	Data/Hora do Destino

Médico (Assinatura e Carimbo)

CADASTRO OFTALMOLÓGICO

DADOS PESSOAIS

DE ATENDIMENTO: PARQUE JOÃO PAULO II

ME: *mano de contas guias da Silva*

DATA DE NASCIMENTO: *25.10.1940* CARTÃO DO SUS

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: *mano do mano moises*

END: *Rua São Sebastião*

BAIRRO: *Liberto* CEP: *65590000*

NATURALIDADE: *São Paulo* ESTADO CIVIL:

RG: *000001657402* ORG.EXP: *SSP* DATA EXP.: *10.07.19*

ANTECEDENTES PESSOAIS

DIABETICO	SIM	NÃO	ACV
	MED:		
HIPERTENSÃO	SIM	NÃO	BIO
	MED:		
CARDIOPATIA	SIM	NÃO	MR
	MED:		
CIRURGIA OFTALMOLOGICA	SIM	NÃO	CONDUTA:
	QUAL?		
	QUAL OLHO OPERADO?		
HISTÓRICO DE GLAUCOMA NA FAMILIA	SIM/QUEM?	NÃO	<i>FA</i>

LENTE INTRA OCULAR OFT - VISION
 Mod. :OFTCRYL ASP Diop. : +22.50
 Lote :03B21 (SN 225023469W) Val.: 02/24
 O.Size :6.0MM/OHO Loops :MODIFIED C
 A.Const :118.0 OP C32102 O.Diam.:13.00MM

LENTE INTRA OCULAR OFT - VISION
 Mod. :OFTCRYL ASP Diop. : +22.50
 Lote :03B21 (SN 225023469W) Val.: 02/24
 O.Size :6.0MM/OHO Loops :MODIFIED C
 A.Const :118.0 OP C32102 O.Diam.:13.00MM

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Bar. Presopia

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

map. retina Tomografia
Biomicroscopia Biometria

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

LENTE INTRA OCULAR OFT - VISION
 Mod. :OFTCRYL ASP Diop. : +22.50
 Lote :03B21 (SN 225023469W) Val.: 02/24
 Size :6.0MM/OHO Loops :MODIFIED C
 A const :118.0 OP C32102 O.Diam.:13.00MM

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: *Jon Daniel Aguiar* DATA DA SOLICITAÇÃO: */ /*

DOCUMENTO: () CNS () CPF: *010884003451* NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. José Daniel Aguiar Costa
 Médico Oftalmologista
 CRM - MA 6105

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: COD ORGÃO EMISSOR:

DOCUMENTO: () CNS () CPF: NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

DATA DA AUTORIZAÇÃO: ASSINATURA E CARIMBO:

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:

CNES

CADASTRO OFTALMOLÓGICO

DADOS PESSOAIS

ENDEREÇO DE ATENDIMENTO: PARQUE JOÃO PAULO II 1183 DATA: 09/10/2021 08.02.2021

Nome: Manoel de Siqueira Gomes da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 25.10.1940 CARTÃO DO SUS: 706 224 59 36 71 460

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: Maria do Carmo Moreira

END: Rua São Silvestre

BAIRRO: Jureopólis CEP: 65570000 CIDADE/UF: São Luís / Maranhão

NATURALIDADE: São Luís ESTADO CIVIL: _____

RG: 0000016574822 ORG. EXP: SSP DATA EXP.: 12.07.2012 CPF: 408800953-34

ANTECEDENTES PESSOAIS			DIAGNÓSTICO		
DIABÉTICO	SIM	NÃO	ACV	OD:	OE:
	MED:				
HIPERTENSÃO	SIM	NÃO	BIO	OD: CAT L3	OE: CAT L3
	MED:				
CARDIOPATIA	SIM	NÃO	MR	OD: OK	OE: OK
	MED:				
CIRURGIA OFTALMOLOGICA	SIM	NÃO	CONDUTA: FA CO - OD		
	QUAL?				
	QUAL OLHO OPERADO?				
HISTÓRICO DE GLAUCOMA NA FAMÍLIA	SIM/QUEM?	NÃO			

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Bar. Presbiopia

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

map. retina Tonometria
Biomicroscopia Biometria

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO

LENTE INTRA OCULAR OFT - VISION
 Mod. OFTCRYL ASP Diop. : +22.50
 Lote: 06321 (SN 225023469W) Val.: 02/24
 18.0 OP C32102 Loops: MODIFIED C
 O.Diam.: 13.00MM

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dr. Daniel Aguiar DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

DOCUMENTO: () CNS () CPF 010884003415 NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

ASSINATURA E CARIMBO: Dr. José Daniel Aguiar Costa Médico Oftalmologista CRM - MA 6105

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ COD ORGÃO EMISSOR: _____

DOCUMENTO: () CNS () CPF _____ NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____ ASSINATURA E CARIMBO: _____

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____ CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: Centro de Olhos Marauense 2 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Maria de Lourdes Gomes da Silva 4 - Nº DO PRONTUÁRIO:

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 706204593671400 6 - DATA DE NASCIMENTO: 25/10/40 7 - SEXO: Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR:

9 - NOME DA MÃE: Maria do Carmo Moraes 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

11 - NOME DO RESPONSÁVEL: 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. São Sebastião - Aeroporto

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Barreirinhas 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 16 - UF: MA 17 - CEP:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0405050372 NOME DO PROCEDIMENTO: Faco + Lio QTDE: 01

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: NOME DO PROCEDIMENTO: QTDE:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: NOME DO PROCEDIMENTO: QTDE:

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

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Catarata CID 10 PRINC'PAL: H26.9 CID 10 SECUNDÁRIO: CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO: Bar. Propesiva

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS: map. retina Tomometria
Biomicroscopia Biometria

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO:

INTRA OCULAR OBT - VISION
CRYL ASP Diop. : +22.50
21 (SN 225023469W) Val.: 02/24
0MM/OHO Loops :MODIFIED C
118.0 OP C32102 O.Diam.:13.00MM

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Jon Daniel Aguiar DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO: Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF): 01088400345

ASSINATURA E CARIMBO: Dr. José Daniel Aguiar Costa
Médico Oftalmologista
CRM - MA 6105

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: COD ORGÃO EMISSOR:

DOCUMENTO: Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF):

DATA DA AUTORIZAÇÃO: ASSINATURA E CARIMBO:

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC):

PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES:

Centro de Olhos Maranhense Ltda.

CÓDIGO DO HOSPITAL _____ CD/ESP _____ CATEGORIA: _____

APTO _____ ENFERM. _____ LEITO _____

Paciente.....: U^o de Lourdes G. da Silva Sexo.....: F () M ()

Endereço.....: R. S. Sebastião

Bairro.....: Aeroporto Cidade.: Barreirinhas CEP.: _____ UF.: MA

Dt. Nascimento: 25, 10, 40 Idade.: _____ ANOS

Telefone.....: () _____ Celular...: () _____

CNS.....: 06204593671469 Est. CIVIL.: () SOLT. (A) () CAS (A) () VIUVA () OUTRO

Identidade.....: _____ Órgão exp.: _____ Data exp.: ___/___/___

Profissão.....: _____ CPF.....: 40880095334

Naturalidade...: S. Luis E-mail.....: _____

Pai.....: _____ Profissão.: _____

Mãe.....: M^a do Carmo Mendes Profissão.: _____

Responsável....: _____

Admissão.....: 01.12.21 Alta em.....: 01.12.21

Diagnóstico : Na admissão : _____ Cid.: H25

Autorização para Tratamento Clínico e Cirúrgico

Ao ser admitido, hoje, como paciente no CENTRO DE OLHOS MARANHENSE, quero pelo presente, manifestar, livre e conscientemente meu consentimento, como ora o faço, AUTORIZANDO, expressamente, ao CENTRO, através de quaisquer dos médicos de sua equipe, à adotar a conduta terapêutica e cirúrgica que entenda necessária a adequada a meu tratamento de FAO OD

LENTE INTRA OCULAR OFT - VISION
Mod. : OFTCRYL ASP Diop. : +22.50
Lote : 33821 (SN 225023469W) Val.: 02/24
O. Size : 6.012240 Loops : MODIFIED C
A. Const : 125.0 032102 O. Diam.: 13.00MM

e ou suas consequências, especificamente :

TESTEMUNHAS :

Atenciosamente,

ou Responsável Legal

EXAME OFTALMOLÓGICO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE ÔNUS

Centro de Olhos Maranhense

Rua Rio Banco, Nº 66 - Centro
CEP 65020-490 - São Luís - MA
Telefone : (98) 3213-0700
CNPJ : 06.176.599/0001-03

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que ao internar o paciente M^e de Jesus Q. da Silva confirmo que o mesmo não pagará nenhum honorário extra a CLÍNICA e nem a mim pelo tratamento que será realizado, sendo que o mesmo será totalmente custeado pelo SUS.

DECLARAÇÃO

Ao ser admitido hoje como paciente do CENTRO DE OLHOS MARANHENSE, quero pela presente confirmar que não estou pagando nenhum honorário extra pelo tratamento que será realizado.
OBS.: O tratamento será custeado totalmente pelo SUS

Bernal, 01/12/21

Médico

Bernal, 01/12/21

Paciente ou Responsável

MA
-03
tiro
MA
/14)



**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA
 REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA (FACECTOMIA)**

Nome : M^c de Lourdes G da Silveira
 Data Nasc.: 25/10/40 C.P.F. : _____ C. Ident.: _____
 Responsável : _____
 Data Nasc.: / / C.P.F. : _____ C. Ident.: _____
 Cirurgia : FALCÃO
 Cirurgião : _____

Por meio deste documento, declaro, para todos os fins legais, que dou plena autorização ao médico acima indicado e a sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico especificado e todos os procedimentos oftalmológicos que o integram e que se fizerem necessários, além da anestesia, e outras condutas médico-cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

Afirmo estar plenamente consciente de que a cirurgia visa, com a remoção da catarata, a melhorar a minha visão, mas que o resultado esperado pode não ser alcançado devido à existência de outras alterações oculares associadas à catarata (da córnea, da retina ou do nervo óptico) e igualmente à possibilidade de ocorrência de complicações ligadas ao próprio ato cirúrgico.

Para que não ficasse nenhuma dúvida quanto à cirurgia proposta e para que eu pudesse autorizá-la plenamente conhecedor dos seus princípios, indicações, riscos e resultados, declaro ainda, livre de qualquer coação ou constrangimento, que o cirurgião e sua equipe forneceu-me, e aos meus familiares e acompanhantes, as informações que se seguem referente a cada um desses itens.

Igualmente declaro estar ciente de que a cirurgia a ser realizada, em face da possibilidade de ocorrência de riscos e complicações, não permite ao cirurgião e sua equipe assegurar-me a garantia expressa ou implícita da recuperação visual.

Princípios e indicações :


A cirurgia de remoção da catarata (facectomia) é realizada com vistas à recuperação total ou parcial da visão do olho afetado. A extensão da recuperação visual vai depender da existência ou não de doenças ou alterações de outras estruturas oculares associadas à catarata (doenças da córnea, doenças da retina e do nervo óptico, principalmente) e, igualmente, da magnitude dos riscos e complicações que podem ocorrer durante e após a cirurgia.

Riscos e Complicações :

A cirurgia de catarata (facectomia) necessita da abertura do globo ocular e isso expõe o olho a riscos de hemorragias e infecções. O trauma cirúrgico, mesmo sem intercorrências, pode precipitar, em olhos predispostos, complicações retinianas (edema, hemorragias e descolamento de retina), corneanas (lesões endoteliais, edemas) e processos inflamatórios (uveites). A implantação da lente intraocular, procedimento padrão, pode não ser possível ou aconselhável, sempre que isso possa ocorrer para aumentar as chances de complicações que venham a comprometer o olho e diminuir a possibilidade de recuperação da visão.

Por fim, volto a declarar que estou plenamente satisfeito quanto ao esclarecimento de minhas dúvidas e questões, o que foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe. E assim sendo, tendo ouvido, lido e aceito as explicações sobre os objetivos, bem como sobre os riscos e complicações mais comuns da facectomia e das chances de insucesso, parcial ou total da mesma, eu declaro, o meu pleno e irrestrito consentimento para a sua realização.

Testemunhas : B. A. M. (MA), 01/10/21


 Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

000001657792-2

MARIA DE LOURDES GOMES DA SILVA

MARIA DO CARMO MORAES

SÃO LUIS - MA

25/10/1940

CASAM. N.1321 FLS.238 LIV.05

408800953-34

P-1

OSLANDO TRINTA AROUCAS

SIGNATURA DO DIRETOR

VIA-0

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

10:51

← Cidadão

Identificação

Etapa 1 de 6

CPF ou CNS do cidadão

706.204.5936.71460

CNS

Só pode ser alterado para um CPF

Nome completo

Maria de Lourdes Gomes da Silva

Obrigatório

Nome social

Data de nascimento

25/10/1940

Obrigatório

Sexo

Obrigatório

Feminino

Masculino

Raça/cor

Parida

CANCELAR

PRÓXIMA ETAPA

