

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0644 / 3703 / 000570223469-0

Conta destino: 3151 / 1292 / 000576288536-0

Nome destinatário: OXIGENIUM MEDICINA H. LTDA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 109.645,02

Data de débito: 20/08/2026

Data/hora da operação: 20/08/2026 16:15:07

Código da operação: 408003932

Chave de segurança: AVSV720SX6SEVL3T

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0644 / 2200 / 000569579302-1

Conta destino: 3151 / 1292 / 000576288536-0

Nome destinatário: OXIGENIUM MEDICINA H. LTDA

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 54.436,43

Data de débito: 20/08/2026

Data/hora da operação: 20/08/2026 16:15:07

Código da operação: 408003941

Chave de segurança: UJEVHKY1HF2T68SR

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0644 / 3703 / 000570223469-0

Conta destino: 0644 / 3703 / 000574432394-1

Nome destinatário: PM DE IMPERATRIZ

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.373,42

Data de débito: 20/08/2026

Data/hora da operação: 20/08/2026 16:15:07

Código da operação: 408003938

Chave de segurança: 4RHA5ZM764NK1AKL

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0644 / 3703 / 000570223469-0

Conta destino: 0644 / 3703 / 000574432391-7

Nome destinatário: PM DE IMPERATRIZ

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 3.433,56

Data de débito: 20/08/2026

Data/hora da operação: 20/08/2026 16:15:07

Código da operação: 408003940

Chave de segurança: 5RS2YCS7VLGH4GM7

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Aiô CAIXA: 0800 104 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0644 / 2200 / 000569579302-1

Conta destino: 0644 / 3703 / 000574432394-1

Nome destinatário: PM DE IMPERATRIZ

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 681,88

Data de débito: 20/08/2026

Data/hora da operação: 20/08/2026 16:15:07

Código da operação: 408003943

Chave de segurança: QTCCCKH456PRJZPHE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0644 / 2200 / 000569579302-1

Conta destino: 0644 / 3703 / 000574432391-7

Nome destinatário: PM DE IMPERATRIZ

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 1.704,69

Data de débito: 20/08/2026

Data/hora da operação: 20/08/2026 16:15:07

Código da operação: 408003944

Chave de segurança: 6GTG981NS27JFFCN

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SP Solicitação de Pagamento

Número: 02.19.00.3244/2026

Data: 03/08/26

Órgão Solicitante:

GESTÃO DE PROCESSOS

Assinatura:

Solicitação:

SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA (OHB)

☒Maria José P. Santos
SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA
AQUIS. BENS / 36.265,00
OUTROS (Diárias; Passagens; etc.)

Justificativa

Solicitamos o pagamento de prestação serviços de oxigenoterapia hiperbárica, para atender os pacientes do Hospital Municipal de Saúde-HMI/HMII, e CEMI - Centro de Especialidades Médicas, no período de 01 a 31/05/2026, conforme aditivo 01 ao Contrato nº 027/2026, em favor da empresa OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA, com vigência de 11/02/2026 a 11/02/2027.

Indicação da Dotação Orçamentaria

Unidade Orçamentária: 02.19 - Fundo Municipal de Saúde

Projeto de Atividade :2274 - Manutenção das Ativ. e Projetos do HMI.....114.452,00

Projeto de Atividade: 2605 - Manutenção das Ativ. Serv. Especializados.....56.823,00

Natureza da despesa: 3.3.90.39.00 - Outros Serviços de Terceiros - P. Jurídica

Fonte do Recurso: 1600

PROCESSO LICITATÓRIO

DISPENSA DE LICITAÇÃO 005/2025

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

☒

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026

ID	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL
	Nº- 54 / 55				
001	Serviços de Oxigenoterapia Hiperbárica - HMI	SV	284	403,00	114.452,00
002	Serviços de Oxigenoterapia Hiperbárica - CEMI	SV	141	403,00	56.823,00
TOTAL					TOTAL R\$ 171.275,00

À Diretoria de Contabilidade Planejamento e Orçamento

Solicito Informar a Dotação Orçamentária/Financeira

Lineker Costa Silva
Secretário Municipal de Saúde

Mat: 852752

Assinatura do Ordenador

Senhor Secretário Informo a Dotação Orçamentária

Unidade Orçamentária:

Projeto de Atividade:

Natureza da despesa:

Fonte do Recurso:

Assinatura da Diretoria de Contabilidade

DATA

DATA

DATA

Visto do Controle Interno

Autorizo o pagamento

Diretoria da Tesouraria

Candido Madeira Filho
Controlador Geral do Município

Portaria nº 4.543/2026

Silvia Maria Duarte
Tesouraria/SEMUS
Mat: 18534-07Lineker Costa Silva
Secretário Municipal de Saúde
Mat: 852752

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

00.939.023/0001-66

Exercício: 2026

F13.

03

MIS

NOTA DE EMPENHO Nº 31070078

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02	PODER EXECUTIVO		
19	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
19.00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
10.302.0127.2274.0000	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES E PROJETOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ E HOSPITAL IN		
3.3.90.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		
3.3.90.39.50	SERV.MEDICO-HOSPITAL., ODONTOL. E LABORATORIAIS		
Fonte de Rec. Exerc.: 1	Recursos do Exercício Corrente		
Fonte de Rec.: 600	Transf.Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Exerc.Corrente)		
SALDO ANTERIOR	EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTA EMPENHO	SALDO ATUAL
7.931.740,58	20.012.259,42	114.452,00	7.817.288,58

FICHA: 1967 DATA: 31/07/2026 MOD. LIC.: PREGÃO ELETRÔNICO 0022026/26

CONTRATO: 0027/2026

CREDOR...: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ/CPF: 25.383.395/0001-80

CÓDIGO: 27224

U.F...: MA

ENDEREÇO:

CIDADE...:

Discriminação do Material e/ou Serviço:

VALOR EMPENHADO CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB), PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SEMUS. CONFORME CONTRATO Nº 027/2026, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026. NF 54 COMP. MAIO/2026 PROC. 3244/2026 HMI E HMTI

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 114.452,00

Autorizo o fornecimento e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

LINEKER COSTA SILVA

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

Lineker Costa Silva

Secretário Municipal de Saúde

Mat: 852752

Roosevelt de Sa Moreira
CRC-MA/20192/O-4
CONTADOR

CONTADOR (A)

Impresso por: Roosevelt

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Av. Dorgival Pinheiro de Sousa, 47

CNPJ: 00.939.023/0001-66

Exercício: 2026

Fis.

04

MUS

NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº 1

NOTA DE EMPENHO Nº 31070078

CÓDIGO**CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA**

02	PODER EXECUTIVO
19	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
19.00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.0127.2274.0000	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES E PROJETOS DO HOSPITAL MUNICIPAL DE I
3.3.90.39.50	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VALOR DO EMPENHO

SUREMPENHADO ATÉ A DATA

VALOR DESTESUBEMPENHO

SALDO A SUBEMPENHAR

114.452,00

114.452,00

114.452,00

0,00

FICHA...: 1967 DATA...: 07/08/2026 LICITAÇÃO...: 000125/26 DOCUMENTO...: NOTA FISCAL

CREDOR...: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ/CPF: 25.383.395/0001-80

CÓDIGO: 27224

NOTA FISCAL...: 0000000000054

ENDEREÇO:

CIDADE...:

U.F...: MA

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB), PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SEMUS. CONFORME CONTRATO Nº 027/2026, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026. NF 54 COMP. MAIO/2026 PROC. 3244/2026 HMI E HMII

9004 9999.00.0.0.05.00 IRRF

1.373,42

9036 9999.00.0.0.37.00 ISS

3.433,56

TOTAL DE DESCONTOS

4.806,98

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...:

114.452,00

VALOR LÍQUIDO:

109.645,02

cento e quatorze mil, quatrocentos e cinquenta e dois reais * * * * *

Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

DESPESAS REGISTRADAS EM:

AUTORIZO O PAGAMENTO:

EM:

CONTADOR

LINEKER COSTA SILVA

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

Lineker Costa Silva
Secretário Municipal de Saúde
Mat: 852752

Impresso por: Roosevelt

Conta 3469

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

00.939.023/0001-66

Exercício: 2026

Fls.
05
MIS

GUIA EXTRA ORÇAMENTÁRIA Nº4956

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA
99	EXTRA ORÇAMENTARIA
00	EXTRA ORÇAMENTÁRIA
00.07	IRRF
VALOR DESTA DESPESA	
1.373,42	

FICHA.: 9004 DATA.: 07/08/2026 LICITAÇÃO.:

DOC.:

CONTRATO.:

CREDOR...: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ/CPF: 25.383.395/0001-80

CÓDIGO: 27224

ENDEREÇO:

CIDADE...:

U.F...: MA

Discriminação do Material e/ou Serviço:

REFERENTE A RECOLHIMENTO DE IRRF, EMPENHO 31070078 NF 54 PROC. 3244/2026

TIPO DE EMPENHO: Extra Orçamentário

VALOR TOTAL...: 1.373,42

Autorizo o fornecimento e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

Roosevelt de Sá Moreira
CRC-MG 12592/D-4
CONTADOR

CONTADOR (A)

Impresso por: Roosevelt

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

00.939.023/0001-66

Exercício: 2026

Fis.

06

EMIS

GUIA EXTRA ORÇAMENTÁRIA Nº4957

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA	VALOR DESTA DESPESA
99	EXTRA ORÇAMENTARIA	
00	EXTRA ORÇAMENTÁRIA	
00.39	ISS	
		3.433,56

FICHA.: 9036 DATA.: 07/08/2026 LICITAÇÃO.:

DOC.:

CONTRATO.:

CREDOR...: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ/CPF: 25.383.395/0001-80

CÓDIGO: 27224

ENDEREÇO:

CIDADE.:

U.F...: MA

Discriminação do Material e/ou Serviço:

REFERENTE A RECOLHIMENTO DE ISS, EMPENHO 31070078 NF 54 PROC. 3244/2026

TIPO DE EMPENHO: Extra Orçamentário

VALOR TOTAL...:

3.433,56

Autorizo o fornecimento e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

Roosevelt de S. Moreira
CRC-MA 0692/O-4
CONTADOR

CONTADOR (A)

Impresso por: Roosevelt

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

00.939.023/0001-66

Exercício: 2026

**NOTA DE EMPENHO Nº 31070079**

CÓDIGO		CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA		
02		PODER EXECUTIVO		
19		FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
19.00		FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
10.302.0127.2605.0000		MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE		
3.3.90.39		OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		
3.3.90.39.50		SERV.MEDICO-HOSPITAL., ODONTOL.E LABORATORIAIS		
Fonte de Rec. Exerc.: 1		Recursos do Exercício Corrente		
Fonte de Rec.: 600		Transf.Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Exerc.Corrente)		
SALDO ANTERIOR		EMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTES EMPENHO	SALDO ATUAL
389.675,35		1.810.324,65	56.823,00	332.852,35

FICHA: 2039 DATA: 31/07/2026 MOD. LIC.: PREGÃO ELETRÔNICO 0022026/26

CONTRATO: 0027/2026

CREDOR.: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ/CPF: 25.383.395/0001-80

CÓDIGO: 27224

U.E.: MA

ENDEREÇO:

CIDADE..:

Discriminação do Material e/ou Serviço:

VALOR EMPENHADO CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB), PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SEMUS. CONFORME CONTRATO Nº 027/2026, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026. NF 55 COMP. MAIO/2026 PROC. 3244/2026 CEMI

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 56.823,00

Autorizo o fornecimento e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

LINEKER COSTA SILVA

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

Lineker Costa Silva
Secretário Municipal de Saúde
Mat: 852752

Roosevelt de Sá Moreira
CRC-MA 108340-4
CONTADOR (A)

Impresso por: Roosevelt

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Av. Dorgival Pinheiro de Sousa, 47

CNPJ: 00.939.023/0001-66

Exercício: 2026

NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº 1

NOTA DE EMPENHO Nº 31070079

CÓDIGO**CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA**

02	PODER EXECUTIVO
19	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
19.00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
10.302.0127.2605.0000	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS - MÉDIA
3.3.90.39.50	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA

VALOR DO EMPENHO	SUBEMPENHADO ATÉ A DATA	VALOR DESTESUBEMPENHO	SALDO A SUBEMPENHAR
56.823,00	56.823,00	56.823,00	0,00

FICHA...: 2039 DATA...: 07/08/2026 LICITAÇÃO...: 000125/26 DOCUMENTO...: NOTA FISCAL

CREDOR...: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ/CPF: 25.383.395/0001-80

CÓDIGO: 27224

NOTA FISCAL...: 000000000055

ENDEREÇO:

CIDADE...:

U.F...: MA

Discriminação do Material e/ou Serviço...:

VALOR EMPENHADO CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB), PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SEMUS. CONFORME CONTRATO Nº 027/2026, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026. NF 55 COMP. MAIO/2026 PROC. 3244/2026 CEMI

9004 9999.00.0.0.05.00 IRRF	681,88	9036 9999.00.0.0.37.00 ISS	1.704,69
TOTAL DE DESCONTOS			2.386,57

TIPO DE EMPENHO: OR - Ordinário

VALOR TOTAL...: 56.823,00**VALOR LÍQUIDO: 54.436,43**

cinquenta e seis mil, oitocentos e vinte e três reais * * * * *

Autorizo o fornecimento dos materiais e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

DESPESAS REGISTRADAS EM:

CONTADOR

AUTORIZO O PAGAMENTO:

EM:

LINEKER COSTA SILVA

SECRETARIO MUNICIPAL DE SAUDE

Lineker Costa Silva
Secretário Municipal de Saúde
Mat: 852752

Impresso por: Roosevelt

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

00.939.023/0001-66

Exercício: 2026

09/15

GUIA EXTRA ORÇAMENTÁRIA Nº 4958

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA	VALOR DESTA DESPESA
99	EXTRA ORÇAMENTARIA	
00	EXTRA ORÇAMENTÁRIA	
00.07	IRRF	
		681,88

FICHA.: 9004 DATA.: 07/08/2026 LICITAÇÃO.:

DOC.:

CONTRATO.:

CREDOR.: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ/CPF: 25.383.395/0001-80

CÓDIGO: 27224

ENDEREÇO:

CIDADE.:

U.F.: MA

Discriminação do Material e/ou Serviço:

REFERENTE A RECOLHIMENTO DE IRRF, EMPENHO 31070079 NF 55 PROC. 3244/2026 CEMI

TIPO DE EMPENHO: Extra Orçamentário

VALOR TOTAL...:

681,88

Autorizo o fornecimento e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

Roosevelt de Sa Moreira
CRC-MG 16592/O-4
CONTADOR

Impresso por: Roosevelt

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**

00.939.023/0001-66

Exercício: 2026

**GUIA EXTRA ORÇAMENTÁRIA Nº 4959**

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA	VALOR DESTA DESPESA
99	EXTRA ORÇAMENTARIA	
00	EXTRA ORÇAMENTÁRIA	
00.39	ISS	
		1.704,69

FICHA.: 9036 DATA.: 07/08/2026 LICITAÇÃO.:

DOC.:

CONTRATO.:

CREDOR.: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ/CPF: 25.383.395/0001-80

CÓDIGO: 27224

ENDEREÇO:

CIDADE.:

U.F...: MA

Discriminação do Material e/ou Serviço:

REFERENTE A RECOLHIMENTO DE ISS, EMPENHO 31070079 NF 55 PROC. 3244/2026 CEMI

TIPO DE EMPENHO: Extra Orçamentário

VALOR TOTAL....:

1.704,69

Autorizo o fornecimento e/ou a execução dos serviços a esta Prefeitura obedecidas as condições deste documento.

Roosevelt de Sá Moreira
CRC-MA 10592/O-4
CONTADOR

CONTADOR (A)

Impresso por: Roosevelt

Chave de Acesso da NFS-e:
2105301222538339500018000000000005426075891091181Número da NFS-e:
51Competência da NFS-e:
31/07/2026Data e Hora da emissão da NFS-e:
31/07/2026 12:59:07Número da DPS:
51Série da DPS:
70000Data e Hora da emissão da DPS:
31/07/2026 12:59:07A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada
pela leitura deste código QR ou pela consulta da
chave de acesso no portal nacional da NFS-eEMITENTE DA NFS-e
Prestador do ServiçoCNPJ / CPF / NIF
25.383.395/0001-80Inscrição Municipal
964719Telefone
(99) 3525-6330Nome / Nome Empresarial
Oxigenium Medicina Hiperbarica LtdaE-mail
oxigeniumitz@gmail.comEndereço
RUA DOM CESARIO, 170, MARANHAO NOVOMunicípio
Imperatriz - MACEP
65903-083Simples Nacional na Data de Competência
Não optanteRegime de Apuração Tributária pelo SN
-

TOMADOR DO SERVIÇO

CNPJ / CPF / NIF
00.939.023/0001-66Inscrição Municipal
-Telefone
-Nome / Nome Empresarial
MUNICIPIO DE IMPERATRIZ - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDEE-mail
-Endereço
DORIVAL PINHEIRO DE SOUSA, 47, CENTROMunicípio
Imperatriz - MACEP
65903-270

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

SERVIÇO PRESTADO

Código de Tributação Nacional
04.09.01 - Terapias de qualquer
espécie destinadas ao tratamento
fis.Código de Tributação Municipal
-Local da Prestação
Imperatriz - MAPaís da Prestação
-

Descrição do Serviço

REFERENTE A SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA, HMI NO PERÍODO DE 01/05/2026 A 31/05/2026.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação TributávelPaís Resultado da Prestação do Serviço
-Município de Incidência do ISSQN
Imperatriz - MARegime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
NãoNúmero Processo Suspensão
-Benefício Municipal
-Valor do Serviço
R\$ 114.452,00Desconto Incondicionado
-Total Deduções/Reduções
-Cálculo do BM
-BC ISSQN
R\$ 114.452,00Alíquota Aplicada
3,00%Retenção do ISSQN
Retido pelo TomadorISSQN Apurado
R\$ 3.433,56

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
R\$ 1.716,76Contribuição Previdenciária - Retida
-Contribuições Sociais - Retidas
-Descrição Contrib. Sociais - Retidas
-PIS - Débito Apuração Própria
-COFINS - Débito Apuração Própria
-

VALOR TOTAL DA NFS-E

Valor do Serviço
R\$ 114.452,00Desconto Condicionado
-Desconto Incondicionado
-ISSQN Retido
R\$ 3.433,56Total das Retenções Federais
R\$ 1.716,76PIS/COFINS - Débito Apur. Própria
-Valor Líquido da NFS-e
R\$ 109.301,68

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
13,45 %Estaduais
0,00 %Municipais
2,76 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Cont: DADOS BANCÁRIOS: BANCO: 1292 - CAIXA ECONOMICA, AGENCIA: 3151, CONTA CORRENTE: 000576288536-0. | NBS: 123012200

Secretaria Municipal de Saúde
(SEMUS)

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

☒ Os serviços foram executados
☐ Os materiais foram entregues031-08-26
Nome legível
Matrícula
Função
Cristiane dos Santos Silva
Fiscal de Geratos
Mat.: 85.384-8

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-e



PREFEITURA MUNICIPAL DE
IMPERATRIZ
Secretaria Municipal de Fazenda e Gestão
Orçamentária de Imperatriz
(99) 98404-2346
atendimento@sefazgo.imperatriz.ma.gov.br



Chave de Acesso da NFS-e
210530222538339500018000000000005526078612473900

Número da NFS-e
55

Competência da NFS-e
31/07/2026

Data e Hora da emissão da NFS-e
31/07/2026 13:04:44

Número da DPS
52

Série da DPS
70000

Data e Hora da emissão da DPS
31/07/2026 13:04:44



A autenticidade desta NFS-e pode ser verificada pela leitura deste código QR ou pela consulta da chave de acesso no portal nacional da NFS-e

EMITENTE DA NFS-e Prestador do Serviço	CNPJ / CPF / NIF 25.383.395/0001-80	Inscrição Municipal 964719	Telefone (99) 3525-6330
Nome / Nome Empresarial Oxigenium Mediona Hiperbarica Ltda		E-mail oxigeniumitz@gmail.com	
Endereço RUA DOM CESARIO, 170, MARANHÃO NOVO		Município Imperatriz - MA	CEP 65903-083
Simples Nacional na Data de Competência Não optante		Regime de Apuração Tributária pelo SN -	
TOMADOR DO SERVIÇO	CNPJ / CPF / NIF 00.939.023/0001-66	Inscrição Municipal -	Telefone -
Nome / Nome Empresarial MUNICIPIO DE IMPERATRIZ - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		E-mail -	
Endereço DORIVAL PINHEIRO DE SOUSA, 47, CENTRO		Município Imperatriz - MA	CEP 65903-270

INTERMEDIÁRIO DO SERVIÇO NÃO IDENTIFICADO NA NFS-e

Serviço Prestado	Código de Tributação Municipal	Local da Prestação	País da Prestação
Código de Tributação Nacional 04.09.01 - Terapias de qualquer espécie destinadas ao tratamento fis		Imperatriz - MA	
Descrição do Serviço REFERENTE A SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA, CEMI NO PERIODO DE 01/05/2026 A 31/05/2026.			
TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL	País Resultado da Prestação do Serviço	Município de Incidência do ISSQN	Regime Especial de Tributação
Tributação do ISSQN Operação Tributável	-	Imperatriz - MA	Nenhum
Tipo de Imunidade	Suspensão da Exigibilidade do ISSQN	Número Processo Suspensão	Benefício Municipal
-	Não	-	-
Valor do Serviço R\$ 56.823,00	Desconto Incondicionado	Total Deduções/Reduções	Cálculo do BM
-	-	-	-
BC ISSQN R\$ 56.823,00	Alíquota Aplicada 3,00%	Retenção do ISSQN Retido pelo Tomador	ISSQN Apurado R\$ 1.704,69
TRIBUTAÇÃO FEDERAL	Contribuição Previdenciária - Retida	Contribuições Sociais - Retidas	Descrição Contrib. Sociais - Retidas
IRRF R\$ 852,33	-	-	-
PIS - Débito Apuração Própria	COFINS - Débito Apuração Própria		
-	-		
VALOR TOTAL DA NFS-E	Desconto Condicionado	Desconto Incondicionado	ISSQN Retido
Valor do Serviço R\$ 56.823,00	-	-	R\$ 1.704,69
Total das Retenções Federais R\$ 852,33	PIS/COFINS - Débito Apur. Própria		Valor Líquido da NFS-e R\$ 54.265,98
-	-		

TOTAIS APROXIMADOS DOS TRIBUTOS

Federais
13,45 %

Estaduais
0,00 %

Municipais
2,76 %

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Cont.: DADOS BANCÁRIOS: BANCO: 1292 - CAIXA ECONOMICA, AGENCIA: 3151, CONTA CORRENTE: 000576288536-0. | NBS: 123012200

Secretaria Municipal de Saúde
(SEMUS)

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

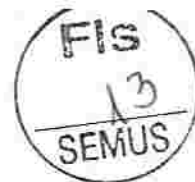
- ☒ Os serviços foram executados
☐ Os materiais foram entregues

Nome legível _____
Matrícula _____
Função _____
Cristiane da Silva
Fiscal de Contratos
Mat.: 85.384-6

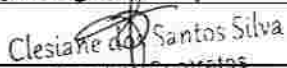
57 8244



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS



RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO DE CONTRATO

1. DADOS DO CONTRATO E DO CONTRATADO		
PREGÃO ELETRÔNICO: 002/2026		
VIGÊNCIA: 11/02/2026 A 11/02/2027		
Processo Adm: 02.19.00.2298/2025		
Nº. CONTRATO: 079/2026		
OBJETO DO CONTRATO: Contratação de empresa especializada para a prestação de serviços de oxigenoterapia hiperbárica (OHB), pelo período de 12 (doze) meses, com a execução nas dependências da contratada, visando atender pacientes encaminhados pelo Hospital Municipal de Imperatriz – HMI, UPA São José e Centro de Especialidades Médicas de Imperatriz – MA.		
EMPRESA: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA.		
CNPJ: 25.383.395/0001-80		
2. DADOS DO FISCAL DESIGNADO E RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO		
NOME: CLESIANE DOS SANTOS SILVA		
MATRÍCULA: 853848		
3. DADOS DA FISCALIZAÇÃO		
PERÍODO DA FISCALIZAÇÃO: 01/05/26 A 31/05/2026		
RELAÇÃO DE VERIFICAÇÕES		
OCORRÊNCIAS	SIM	NAO
1. Cumpriu as obrigações contratuais	X	
2. Obedeceu aos prazos estabelecidos	X	
3. Entregou os documentos a que estava obrigado	X	
4. Elaborou e encaminhou relatório mensal das atividades	X	
5. Prestou o serviço com a qualidade esperada	X	
6. Informou ou comunicou situações a que estava obrigado	X	
DATA: 01/06/2026		
DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE		
Declaro que foi realizado o acompanhamento e a verificação do cumprimento do objeto do contrato e que estou ciente das implicações previstas nas legislações vigentes.		
 Clesiane dos Santos Silva Fiscal de Contratos Mat.: 85.384-8 ASSINATURA DO FISCAL/SUPLENTE (RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO E ACOMPANHAMENTO)		

ESTADO DO PARANÁ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026-SEMUS - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHIB), PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM EXECUÇÃO NAS DEPENDÊNCIAS DA CONTRATADA, VISANDO ATENDER PACIENTES ENCAMINHADOS PELO HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ - HMI, LPA SÃO JOSÉ E CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE IMPERATRIZ.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
PLANILHA VENCEDORA: ONIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA - CONTRATO Nº 0272026-SEMUS - VIGÊNCIA DE 11/02/2026 A 11/02/2027 - ADITIVO 01																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
RETIRADA/PAGAMENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
ITEM	QTD	UNI	DISCRIMINAÇÃO	VALOR		NF-51		NF-32/33		NF-43/43		NF-54/55		SALDO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				UNIT	TOTAL	QTD	VALOR	QTD	VALOR	QTD	VALOR	QTD	VALOR	QTD	VALOR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1	8.400	UNIDADES	SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBARICA (OHIB) COM FUNCIONAMENTO DE CAMARAS HIPERBARICAS CERTIFICADAS, EQUIPE TECNICA ESPECIALIZA EM ATENDIMENTO A PACIENTES COM PERFS CLINICOS SEMELHANTES.	R\$ 403,0000	R\$ 3.385.200,00	64	R\$ 25.792,00	402	R\$ 162.006,00	421	R\$ 169.663,00	425	R\$ 171.275,00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					</

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUS

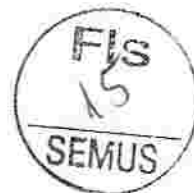
PREPREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026-SEMUS - PRESTACÃO DE SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB), PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM EXECUÇÃO NAS DEPENDÊNCIAS DA CONTRATADA, VISANDO ATENDER PACIENTES ENCAMIINHADOS PELO HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ-HMI, UPA SÃO JOSÉ E CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE IMPERATRIZ.

ANO DA VENCEDORA: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA - CONTRATO Nº 027/2026 - VIGÊNCIA DE 11/02/2026 A 11/02/2027 - ADITIVO 01

COORDENAÇÕES

[illegible]

Maria José da S. Santos
Gestão de Processos / SEMUS
Mat. 35.285-9





PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / SUS
CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

PARECER REFERENTE À COMPETÊNCIA: 05/2026
UNIDADE RESPONSÁVEL: AUDITORIA SUS - IMPERATRIZ/MA
AUDITOR RESPONSÁVEL: MAÍRA MARTINS HONDA
CONTRATO Nº: 027/2026
PROCESSO Nº: 02.19.00.2298/2025 - SEMUS
CONTRATADA: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA
PARECER Nº: 0148/2026

PARECER TÉCNICO

Assunto: Auditoria dos serviços prestados pela **OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA** – Competência: maio de 2026.

I. INTRODUÇÃO

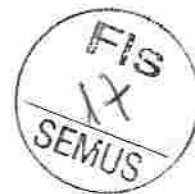
O presente parecer tem por objetivo avaliar a regularidade do pagamento dos serviços de oxigenoterapia hiperbárica realizados pela **OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA** no município de Imperatriz, MA, dentro do contexto da Auditoria Municipal de Saúde do SUS.

Este parecer tem como objetivo avaliar a regularidade dos serviços prestados no mês de maio de 2026, no âmbito do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Para a elaboração deste parecer, foram analisadas as informações referentes aos serviços prestados pela empresa Clínica Cicatrizar (**OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA**):

- Fichas de autorizações de procedimento para as sessões disponibilizadas para pacientes internados no Hospital Municipal de Imperatriz (HMII);
- Fichas de autorizações de procedimento para as sessões disponibilizadas para pacientes eletivos do Centro de Especialidades Médicas de Imperatriz (CEMI);
- Fichas de controle de frequência individuais de oxigenoterapia;



PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / SUS
CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA



- Termos de Justificativa
- Declaração de continuidade de tratamento.

II. ANÁLISE E FUNDAMENTAÇÃO

1º. Fichas de Controle de Frequência Individuais de Tratamento da OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA:

A clínica apresentou as fichas de controle de frequência dos pacientes, que permitem o acompanhamento individualizado dos tratamentos realizados, ressaltando que as mesmas quando não assinadas pelo paciente, foram assinadas pelo seu respectivo acompanhante, justificado e declarado pela administradora da empresa contratada, bem como, as guias de autorizações de procedimentos. Conforme, o Termo de Justificativa, assinado e entregue pela administradora da empresa contratada, para as divergências observadas entre as datas de início de tratamento e as datas de regulação no sistema SISREG, adotou-se como protocolo de segurança a efetiva confirmação da viabilidade clínica e realização do procedimento antes da inserção da solicitação no sistema regulador, evitando o desperdício de cotas assistenciais e garantindo a fidedignidade do faturamento. Assim que o atendimento é consolidado com sucesso, a regulação é processada no dia subsequente. Informa-se também, que foi entregue uma Declaração de Continuidade de Tratamento, onde se consta, que o ciclo de sessões fora formalmente iniciado no mês de abril de 2026 e que houve continuidade do tratamento no mês de maio de 2026.

A amostragem das fichas foi conduzida de forma aleatória e sem viés, conforme as melhores práticas de auditoria, com vistas a garantir a representatividade dos dados. As fichas estão devidamente preenchidas, com informações consistentes sobre a frequência e a regularidade dos atendimentos realizados, evidenciando o cumprimento das diretrizes do SUS.



PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / SUS
CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA



2º. Controle de Sessões Realizadas de Oxigenoterapia Hiperbárica na Clínica Cicatrizar:

Discriminação do procedimento realizado pelos pacientes em tratamento de oxigenoterapia hiperbárica atendidos na instituição contratada.

Conforme análise dos documentos disponibilizados, observa-se que durante o referido mês (maio), houve a realização de 284 (duzentos e oitenta e quatro) sessões sendo, o valor unitário de cada sessão pré acordado em contrato de R\$ 403,00 (quatrocentos e três reais), totalizando R\$ 114.452,00 (cento e quatorze mil, quatrocentos e cinquenta e dois reais), referentes a 49 (quarenta e nove) pacientes internados no HMI regulados para realização do tratamento em oxigenoterapia hiperbárica e que, após a alta deram continuidade ao tratamento.

Houve a realização de 141 (cento e quarenta e uma) sessões sendo, o valor unitário de cada sessão pré acordado em contrato de R\$ 403,00 (quatrocentos e três reais), totalizando R\$ 56.823,00 (cinquenta e seis mil, oitocentos e vinte e três reais), referentes a 19 (dezenove) pacientes atendidos no CEMI regulados para a realização do tratamento em oxigenoterapia hiperbárica.

Ademais, é notório relatar que as documentações necessárias para a elaboração deste parecer foram entregues ao departamento de auditoria dentro do prazo estipulado.

III. FUNDAMENTAÇÃO

No âmbito da prestação de serviços de saúde relacionados à oxigenoterapia hiperbárica, estabelece-se que o acesso do paciente ao referido procedimento observará, obrigatoriamente, fluxo assistencial previamente definido. Inicialmente, o paciente será submetido à triagem clínica realizada por médico integrante do corpo técnico da empresa, devidamente habilitado, o qual procederá à avaliação do quadro clínico mediante aplicação de escala de classificação de gravidade denominada "USP".



PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / SUS
CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA



A referida escala tem por finalidade estratificar o paciente quanto ao nível de complexidade e urgência do tratamento, servindo como critério técnico para elegibilidade e priorização do atendimento. Após a devida classificação, e conforme o resultado obtido, o paciente será formalmente inserido no Sistema de Regulação (SISREG), garantindo a adequada organização da fila assistencial e a transparência no processo de encaminhamento.

Após ser realizado a avaliação do paciente, o mesmo iniciará o protocolo de sessões de oxigenoterapia hiperbárica, conforme prescrição médica. Para fins de controle, auditoria e faturamento, a contabilização das sessões realizadas, dar-se-á por meio de registro de frequência individual, a qual será obrigatoriamente coletada no local de execução do procedimento, em momento prévio à sua realização, assegurando a rastreabilidade, a conformidade assistencial, a fidedignidade das informações registradas e a regulação no sistema SISREG.

Dessa forma, o presente fluxo garante não apenas a observância de critérios técnicos e regulatórios, mas também a adequada governança dos serviços prestados, em consonância com os princípios de legalidade, eficiência e controle.

IV. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

Após a análise das amostras das fichas de controle de frequência entregues pela OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA, números das regulações dos pacientes no Sistema de Regulação (SISREG), realizadas conforme os princípios da auditoria do SUS, conclui-se que a clínica de oxigenoterapia hiperbárica cumpriu os requisitos legais e normativos exigidos.

Diante disso, este parecer é **favorável** ao pagamento dos serviços prestados com base nas informações analisadas, portanto, recomendando-se que os valores devidos sejam regularizados conforme os procedimentos estabelecidos, de acordo com as normativas do SUS e as autorizações de procedimento de alto custo.

Sugere-se que a auditoria continue monitorando a regularidade dos procedimentos e que a gestão municipal formalize um protocolo para a conferência.



PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / SUS
CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA



considerando o **SISREG** e as **fichas de controle de frequência** como principais referências para validação da produção, de modo a garantir a transparência e a precisão na auditoria dos serviços prestados.

Seguem em anexo documentações avaliadas.

Imperatriz, MA, 30 de julho de 2026.


Auditora Municipal de Saúde
Maíra Honda
Farmacêutica-Auditora
Matrícula: 853382

Maíra Martins Honda
Farmacêutica-Auditora – SEMUS
Matrícula: 853382

DECLARAÇÃO DE CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

À Auditoria

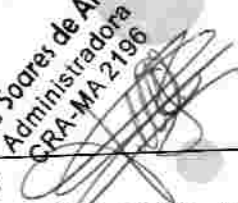
A Oxigenium Medicina Hiperbárica LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 25.383.395/0001-80, vem por meio desta declarar e informar a cronologia dos atendimentos de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) realizados em nossa unidade.

Informamos que o ciclo de sessões para os pacientes a seguir, foi formalmente iniciado no mês de abril de 2026 (04/2026).

Declaramos ainda que houve a devida continuidade do tratamento durante o mês de maio de 2026 (05/2026).

Esta declaração visa fins de regularização de faturamento e comprovação de histórico clínico junto.

Permanecemos à disposição.


Eliete Soares

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 13 de julho de 2026.

CONTROLE DE SESSÕES REALIZADAS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA NA CLÍNICA CICATRIZAR

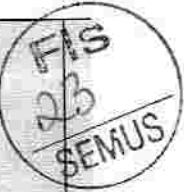
FECHAMENTO MAIO DE 2026
HMI/HMI

0	INÍCIO DE TRATAMENTO	QUANT. DE SESSÕES REALIZADAS EM MAIO	DATA DE REALIZAÇÃO DAS SESSÕES	NOME	CNS	CÓDIGO DE SOLICITAÇÃO	CHAVE DE CONFIRMAÇÃO	POSTO	LEITO	DATA DA REGULAÇÃO	DATA DA ALTA DO HMI/HMI	DATA DA ALTA OMB
1	14/05/2026	8	14/05/2026 16/05/2026 18/05/2026 20/05/2026 21/05/2026 27/05/2026 29/05/2026 29/05/2026	ANTONIA JUVENAL DA SILVA	700605933154570	667576388	98884		162	14/05/2026		29/05/2026
2	20/05/2026	4	18/05/2026 19/05/2026 21/05/2026 22/05/2026	ANTONIO VANDERLI BIZERRA DA SILVA	700403435145146	668702832	85256		432	20/05/2026		EM TRATAMENTO
3	13/05/2026	4	13/05/2026 14/05/2026 15/05/2026 16/05/2026	CARMELITA MARIA DE JESUS	708604079532282	667245441	84331		712	13/05/2026		EM TRATAMENTO
4	31/03/2026	7	21/05/2026 22/05/2026 25/05/2026 26/05/2026 27/05/2026 28/05/2026 29/05/2026	CLAUDINEI RODRIGUES NOGUEIRA	706001307255646	668433961	12582		141	19/05/2026		EM TRATAMENTO
5	19/05/2026	7	19/05/2026 21/05/2026 22/05/2026 25/05/2026 26/05/2026 27/05/2026 28/05/2026	DIVARGNE CAJUEIRO MILHOMEM	706802763401720	668523338	30595		112	19/05/2026		EM TRATAMENTO
6	05/04/2026	10	13/05/2026 14/05/2026 18/05/2026 19/05/2026 20/05/2026 21/05/2026 25/05/2026 26/05/2026 27/05/2026	ELIELTON TAVARES DA SILVA	703409272184415	667244309	76463		322	13/05/2026		EM TRATAMENTO

Fls.
22
SEMUS


Eliete Soares de Araújo
Administradora
CRA-MA 2196

7	19/05/2026	5	28/05/2026	EZEQUIEL SAEMENTO DE SOUSA	700004283161300	668659769	81338	142	20/05/2026	EM TRATAMENTO
			19/05/2026							
			20/05/2026							
			25/05/2026							
			28/05/2026							
8	13/05/2026	10	29/05/2026	ELIOMAR ALVES COSTA	703409272184415	667244309	76463		13/05/2026	EM TRATAMENTO
			13/05/2026							
			14/05/2026							
			15/05/2026							
			19/05/2026							
			20/05/2026							
			22/05/2026							
			25/05/2026							
			26/05/2026							
			27/05/2026							
9	18/05/2026	3	28/05/2026	FERNANDO PEREIRA DOS SANTOS	700402960035241	668247724	67532	435	18/05/2026	EM TRATAMENTO
			18/05/2026							
			19/05/2026							
10	21/05/2026	4	20/05/2026	FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO	706001803579548	668955067	82317	163	21/05/2026	EM TRATAMENTO
			25/05/2026							
			26/05/2026							
			28/05/2026							
11	04/05/2026	3	29/05/2026	GABRIEL LIMA DA SILVA	705202439480879	665325702	66046		04/05/2026	EM TRATAMENTO
			04/05/2026							
			05/05/2026							
12	25/05/2026	3	08/05/2026	GRACIMAR PINTO DE ORQUISE	701703209601870	668612766	47773	402	25/05/2026	EM TRATAMENTO
			25/05/2026							
			26/05/2026							
13	13/05/2026	10	27/05/2026	GUILHERME HENRIQUE LOUREIRO PRADO CORIOLANO	706806701523923	667912322	48819		15/05/2026	26/05/2026
			13/05/2026							
			14/05/2026							
			15/05/2026							
			18/05/2026							
			19/05/2026							
			20/05/2026							
			21/05/2026							
			22/05/2026							
			25/05/2026							
14	17/04/2026	7	26/05/2026	GUSTAVO DA SILVA	704305518964794	688663685	11295	226	20/05/2026	EM TRATAMENTO
			20/05/2026							
			21/05/2026							
			22/05/2026							
			25/05/2026							
			26/05/2026							
			27/05/2026							
			28/05/2026							
			07/05/2026							


 Direte Jodre de Amllo
 CRA-MA 219

15	07/05/2026	10	IAN KADSON PEREIRA DOS SANTOS	08/05/2026	700805404540581	666284660	57741			07/05/2026	20/05/2026
				11/05/2026							
				12/05/2026							
				13/05/2026							
				14/05/2026							
				15/05/2026							
				18/05/2026							
				19/05/2026							
16	26/03/2026	10	JOAO RODRIGUES DE MORAES	20/05/2026							
				11/05/2026							
				12/05/2026							
				13/05/2026							
				14/05/2026							
				15/05/2026	701004887544793	666054585	42242			12/05/2026	EM TRATAMENTO
				18/05/2026							
				19/05/2026							
17	18/05/206	1	JOSE GONZAGA DA SILVA	20/05/2026							
				21/05/2026							
				22/05/2026							
				18/05/205	700609937208765	668245966	70433			18/05/2025	EM TRATAMENTO
				11/05/2026							
				29/05/2026	702505399035339	666952840	98839			12/05/2026	EM TRATAMENTO
19	04/05/2026	7	JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA	03/05/2026							
				05/05/2026							
				07/05/2026							
				09/05/2026	707801201203660	665635467	25669			05/05/2026	EM TRATAMENTO
				12/05/2026							
				13/05/2026							
				14/05/2026							
20	18/05/2026	2	LEONARDO ARAUJO BRITO	18/05/2026	703604081219835	668249110	99093			18/05/2026	EM TRATAMENTO
				19/05/2026							
				04/05/2026							
				05/05/2026							
				06/05/2026							
				07/05/2026							
				11/05/2026	704604647505229	665476477	37660			04/05/2026	EM TRATAMENTO
				13/05/2026							
21	04/05/2026	10	LETICIA ZIELAK RAPOSO	18/05/2026							
				20/05/2026							
				21/05/2026							
				25/05/2026							
				26/05/2026	704504647505229	668814573	20491			26/05/2026	EM TRATAMENTO
				28/05/2026							
				14/05/2026							
				15/05/2026							
22	04/05/2026	1	LETICIA ZIELAK RAPOSO	19/05/2026							

Eletec
 Administradora
 GRA-MA 2 196
 Arquivo

F15
 24
 SEMUS

Elvete Soares de Araújo
Administradora
CRA-MA 2.196

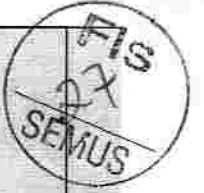
1226

31	12/05/2026	2	22/05/2026	ROSIMAR LIMA CARDOSO	700005521921503	670005262	73863			412	27/05/2026		EM TRATAMENTO
			25/05/2026										
			26/05/2026										
			27/05/2026										
32	14/05/2026	10	28/05/2026	SENADOR ELIZEU DE MORAES	706403119115681	667575802	38816			301	14/05/2026		EM TRATAMENTO
			14/05/2026										
			15/05/2026										
			16/05/2026										
			19/05/2026										
			20/05/2026										
			21/05/2026										
			25/05/2026										
			26/05/2026										
			27/05/2026										
33	14/05/2026	1	28/05/2026	SENADOR ELIZEU DE MORAES	706403119115681					301	29/05/2026		EM TRATAMENTO
			29/05/2026										
34	20/05/2026	7	20/05/2026	TEODORO GONÇALVES DA SILVA	704801532237642	668699546	18881			206	20/05/2026		EM TRATAMENTO
			21/05/2026										
			25/05/2026										
			26/05/2026										
			27/05/2026										
			28/05/2026										
			29/05/2026										
35	26/05/2026	3	26/05/2026	VINICIUS RESPLANDES DE SOUSA	700807494241482	669717425	12475			611	26/05/2026		EM TRATAMENTO
			27/05/2026										
			28/05/2026										
Pacientes que iniciaram as sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica no mês de abril de 2026 e mantiveram a continuidade do plano terapêutico durante o mês de maio de 2026													
36	27/04/2026	8	04/05/2026	AMANDA BARRETO DE SOUZA	704508396764517	664252897	41444			634	27/04/2026		13/05/2026
			05/05/2026										
			06/05/2026										
			07/05/2026										
			08/05/2026										
			09/05/2026										
			11/05/2026										
			12/05/2026										
			13/05/2026										
			37										
05/05/2026													
07/05/2026													
08/05/2026													
11/05/2026													
38	10/04/2026	4	12/05/2026	ARTHUR GABRIEL COSTA LIMA	703406010603600	664697613	51828			INFANTIL	29/04/2026	01/05/2026	13/05/2026
			13/04/2026										
			14/05/2026										
			04/05/2026										
			05/05/2026										
38	10/04/2026	4	06/05/2026	BENICIO DUARTE PARREIRA SANTOS	707603206263695	661481509	12961			811		8	01/05/2026
			06/05/2026										

F15
2
SEMUS
13/05/2026
01/05/2026

Elaine Soderberg
Administradora
CRA-MA 2198
01/05/2026

39	01/04/2026	4	07/05/2026	CLAUDINEI RODRIGUES NOGUEIRA	70600130725546	560002705	36951	6	612	01/04/2026	13/04/2026	EM TRATAMENTO
			12/05/2026									
			13/05/2026									
			14/05/2026									
			18/05/2026									
40	27/04/2026	6	04/05/2026	DARIO DE FREITAS OLIVEIRA	700805938136889	664253052	87980	3	334	27/04/2026	27/04/2026	11/05/2026
			05/05/2026									
			06/05/2026									
			07/05/2026									
			08/05/2026									
41	08/04/2026	5	11/05/2026	ELIELTON TAVARES DA SILVA	700003809107500	660986167	72225	3	322	27/04/2026		EM TRATAMENTO
			04/05/2026									
			05/05/2026									
			06/05/2026									
			07/05/2026									
42	17/04/2026	4	11/05/2026	GUSTAVO DA SILVA	704305518964794	662921182	97774	2	226	17/04/2026		EM TRATAMENTO
			12/05/2026									
			04/05/2026									
			05/05/2026									
			12/05/2026									
43	29/04/2026	9	14/05/2026	ISAAC BARBOSA SOUZA	708208164163447	664696905	67572	INFANTIL	INFANTIL	29/04/2026	14/05/2026	14/05/2026
			04/05/2026									
			05/05/2026									
			06/05/2026									
			07/05/2026									
44	21/04/2026	2	08/05/2026	IVANIO BEZERRA DE OLIVEIRA	704005900390263	663159685	94825	2	221	22/04/2026		05/05/2026
			11/05/2026									
			04/05/2026									
			05/05/2026									
			06/05/2026									
45	27/04/2026	6	07/05/2026	JOSIEL DA SILVA	704302588646893	664252858	57866	2	201	27/04/2026		11/05/2026
			08/05/2026									
			11/05/2026									
			04/05/2026									
			05/05/2026									
46	14/04/2026	1	06/05/2026	JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA	707601201203690	662119099	29584	2	221	14/04/2026		EM TRATAMENTO
			07/05/2026									
			08/05/2026									
			09/05/2026									
			10/05/2026									
47	27/04/2026	6	11/05/2026	KARLA EDUARDA SOUSA SILVA	706304766446977	664253195	82229	6	625	27/04/2026		26/05/2026
			12/05/2026									
			13/05/2026									
			14/05/2026									
			15/05/2026									



Este Social
Administradora
CRA-MA 2196



48	27/04/2026	06/05/2026	OSVALDO PEREIRA LOPES	700206409838622	664253428	90229	2	214	27/04/2026	13/05/2026
		11/05/2026								
		12/05/2026								
		13/05/2026								
49	24/04/2026	05/05/2026	RAIMUNDO FERREIRA COELHO	705601417581919	663605359	88241	1	150	24/04/2026	18/05/2026
		06/05/2026								
		07/05/2026								
		08/05/2026								
		11/05/2026								
		12/05/2026								
		13/05/2026								
		15/05/2026								
Total de pacientes										49
Total de sessões										284

Ellete Soares de A. Almeida
Administradora
CRA-MA 2.196

Imperatriz - MA 22 de maio de 2026

Chave de Confirmação:

98864**UNIDADE SOLICITANTE**

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

RENATAMARIASOL

Op. Autorizador:

RENATAMARIASOL

Op. Videomistério

**UNIDADE EXECUTANTE**

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUI • 14/05/2026 • 07:00hrs**DADOS DO PACIENTE**

CNS:

700605933154570

Nome:

ANTONIA JUVENAL DA SILVA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

FRANCISCA ARIA DA SILVA

Sexo:

FEMININO

Data Nascimento:

15/03/1962

Idade:

64 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

AMARELA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

SAO DOMINGOS DO MARANHÃO - MA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

1

Número:

08

Complemento:

Bairro:

NORTE SUL

Município de Residência:

JOAO LISBOA - MA

CEP:

65922-000

Telefone(s):

(99) 98415-1091 • (99) 98440-6411 (*Exibir Lista Detalhada*)**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Código da Solicitação:

667576388

Data de Solicitação:

14/05/2026

Data de Aprovação:

14/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

JULLYAN CABRAL

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MARCADO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 14/05/2026 10:51:55



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNS: 700 6059 33 15 4570
CPF: 345.263.883-87



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Antonio Juvenal da Silva LEITO: 362
DA CLÍNICA: vascular PARA CLÍNICA: Cicatizar / Hipertensão
DATA DA SOLICITAÇÃO: 13 / 05 / 26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 09:25 H
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA ☐ NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente 64 anos, DOOP (SO: estenose a poplitea) - (oclusão de artéria de artéria fibular e tibial anterior e posterior) amputação de 3º e 4º metacarpo do pé direito - infarto e distúrbio cardíaco. Sobito avaliar o pé direito a hipertensão.

México Solitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Luiz Nogueira</u>	<u>13/05/26</u>	<u>9:40</u>	<u>Cicatizar</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data 13 / 05 / 26 Horário: 12:15

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Antonio Juvencio do Silva Data Atd: 13.05.26
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim ☒	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada ☒	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	>10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		☒ Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		☒ Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	☒ Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	20
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 13.05.26

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

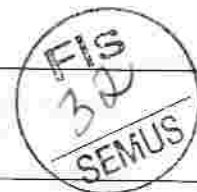
1 Anamnese:

Paciente com lesão ulceroa em
o dedo.

2 Exame Físico:

Lesão ulceroa, limpo e seco fundo

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ANTONIA JUVENAL DA SILVA

DATA NASCIMENTO

15/03/1962 - 64 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700605933154570

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98446-8721

CEP

65.922-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

JULLYAN CABRAL

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

14/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

08

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Antonia Juvenal da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
14/05/2026	<i>Antonia Juvenal da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
16/05/2026	<i>Antonia Juvenal da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
18/05/2026	<i>Antonia Juvenal da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	<i>Antonia Juvenal da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	<i>Antonia Juvenal da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026	<i>Antonia Juvenal da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

28/05/2026	Antonia Juvenal da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
29/05/2026	Antonia Juvenal da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

85256

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
99) 3524-4092Cod. CNES:
9415114
Número:
170
CEP:
65903-083Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MAProfissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 20/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700403435145146
Nome da Mãe:
ANTONIA BIZERRA DA SILVA
Tipo Sanguíneo:
---Nome:
ANTONIO VANDERLI BIZERRA DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Raça:
AMARELA
Naturalidade:
DOM PEDRO - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
22/07/1962
Idade:
63 anosNacionalidade:
BRASILEIRATipo de Logradouro:
RUA PARTICULARBairro:
CENTROTelefone(s):
(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)Nome do Logradouro:
VALDEMAR LEAL
Município de Residência:
DOM PEDRO - MANúmero:
S/N
Complemento:

CEP:
65765-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
668702832Data de Solicitação:
20/05/2026Data de Aprovação:
20/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª VezCPF Profissional Solicitante:
---Profissional Solicitante:
FLAVIUS RIBEIRODiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACID:
R68
Cod. Unificado:
0301100144Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 20/05/2026 11:27:12

OK cadência



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

CNS: 700403435145146
CPF: 304.238.053-04

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Antônio Vandeir da Silva LEITO: _____

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hiperbarca

DATA DA SOLICITAÇÃO: 14 / 05 / 26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 0900

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com quadro grave de fratura bilateral
em M.I.D. Solicito Av. p/ Hiperbarca

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10400/TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Antônio Vanderli B. da Silva Data Atd: 1/1/1
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim ☒	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Perineo / Mama / Face	-		Sim

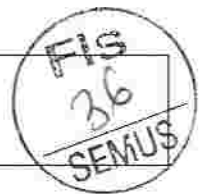
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterlo, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	19
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: _____
Dr. Mateus L. Conguassu
MÉDICO
CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente com quadro de Erisipela bilateral em
MBD e edema nos membros inferiores.
 2 Exame Físico: lesões 10 dedos de OMB.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

ANTONIO VANDERLI BIZERRA DA SILVA

22/07/1962 – 63 ANOS

CARTÃO NASCIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

700403435145146

(99)99142-6188

65.918-300

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

FLAVIUS R. LANA

CRM-MA

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

18/05/2026

(☒) SIM () NÃO

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

04

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Antonio Vanderli B. Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
18/05/2026	Antonio Vanderli Bizerra Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
19/05/2026	Antonio Vanderli Bizerra Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
24/05/2026	Antonio Vanderli B. Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	Antonio Vanderli B. Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

Justificativa de Regulação

Paciente: Antônio Vanderli da Silva

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Data de Início do Tratamento: 18/05/2026

Data da Inserção no SISREG: 20/05/2026

Vimos por meio desta **JUSTIFICAR** a regulação do paciente **Antônio Vanderli da Silva** no Sistema de Regulação (SISREG) realizada no dia **20/05/2026**, referente ao início efetivo do seu tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), ocorrido no dia **18/05/2026**.

Ressaltamos que, na data descrita (18/05/2026), o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) enfrentou uma instabilidade técnica no serviço de energia, o que impossibilitou momentaneamente o acesso aos sistemas operacionais e o lançamento no SISREG em tempo real.

Assim que a conexão foi restabelecida nas dependências da unidade hospitalar, a equipe responsável realizou prontamente a inclusão dos dados do paciente no sistema no dia subsequente (**20/05/2026**).

Diante do exposto, solicitamos a validação do procedimento a partir da data efetiva de início do tratamento (**18/05/2026**), garantindo a conformidade dos registros administrativos e assistenciais do paciente.

Eliete Soares

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 14 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | 99182-4680 | 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

84331

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOTelefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Município:
IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

Data e Horário de Atendimento:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

QUA • 13/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
708604079532282Nome:
CARMELITA MARIA DE JESUS

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
ANTONIA MARIA DE JESUSSexo:
FEMININO

Data Nascimento:

Idade:
62 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
BRANCANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
OURICURI - PETipo de Logradouro:
RUA VELHANome do Logradouro:
RUA JOAO PESSOANúmero:
976Complemento:
---Bairro:
BACURIMunicípio de Residência:
IMPERATRIZ - MACEP:
65900-010

Telefone(s):

(99) 9758-6545 (*Exibir Lista Detalhada*)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

667245441

Data de Solicitação:

13/05/2026

Data de Aprovação:

13/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:
---Profissional Solicitante:
JUAN

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 13/05/2026 09:12:28



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Connelita Jhosia de Jesus LEITO: 212
DA CLÍNICA: Neurocirurgia PARA CLÍNICA: Cancro Hiperbárica
DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 09:50
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Toda 62 anos, autista no leito, apresenta
ulcera sacral de Grau 3 e 4, a mesma possui
necessidade de qualquer sessão de Hiperbárica

* Hiperbárica !!

Dr. Juan Carlos Matalobos
Neurocirurgião
CRM-MA 3396 / RQE 1654

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Edônio</u>	<u>06/05/26</u>	<u>10:21</u>	<u>Realizar</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Paciente: CARMELITA MARIA DE JESUS Data Atd: / /
 Data Nascimento: Idade: 62 Sexo: FEMININO E. Civil:
 Convênio: MUNICIPIO CNS: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim ☒
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco ☒	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim ☒

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	22
GIV > 31 pontos	

Data: / /

Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036

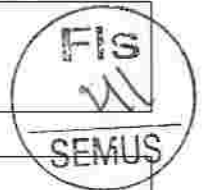
Médico: (identificar caso com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

Paciente restrita ao leito apresentando intensa dor local de difícil cicatrização.

2 Exame Físico:

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

CARMELITA MARIA DE JESUS

27/03/1964 – 62 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

708604079532282

(99) 99169-4820

65.916-200

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

JUAN

CRM-MA

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

13/05/2026

(X) SIM () NÃO

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

04

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Thais Ferreira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
13/05/2026	Thais Ferreira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	Thais Ferreira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
15/05/2026	Thais Ferreira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
18/05/2026	Thais Ferreira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL



Chave de Confirmação:

12682**UNIDADE SOLICITANTE**

Unidade Solicitante:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

706001307265646

Nome do Paciente

CLAUDINEI RODRIGUES NOGUEIRA

Nome da Mãe

NEUZIMAR RODRIGUES NOGUEIRA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

1153

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 98452-6297 ([Exibir Lista Detalhada](#))**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Código da Solicitação:

668433961

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Cód. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

RENATAMARIASOL

Op. Videofonista:

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Data e Horário de Atendimento:

TER • 19/05/2026 • 07h00min

Op. Autorizador:

RENATAMARIASOL

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

19/05/2026

Município:

IMPERATRIZ

Nome Social/Apelido:

Raça:

BRANCA

Município de Nascimento:

SITIO NOVO - MA

Logradouro:

JOAO PESSOA 1/99998

Bairro:

PARQUE ANHANGUERA

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Data de Nascimento:

03/08/1973 (52 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Complemento:

BOLETO NET

CEP:

65916-225

Situação Atual:

AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMAÇÃO / EXECUTANTE

Nome Médico Solicitante:

JANDUI

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Data Desejada:

Cód. Unificado:

0301100144

Data Solicitação:

19/05/2026

Cód. Interno:

0103015

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 20/05/2026 10:27:25



Secretaria Municipal da saúde / SUS

HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNPJ: 814.383.703-34

CNS: 706003307265646



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Cláudio Rodrigues Nogueira LEITO: 141
DA CLÍNICA: Cx Vascular PARA CLÍNICA: Medicina hiperbárica
DATA DA SOLICITAÇÃO: 06 / 05 / 2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 08:00
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente do sexo masculino, 58 anos, com histórico de implante de prótese em quadril (D) há cerca de um mês. Exibiu o sintoma compartimental em M.D. mantendo-se insatisfeito. Após procedimento, apresentou-se a infecção com abscesso e áreas de necrose, mantendo-se o desfecho cirúrgico.

Solicito avaliação de medicina hiperbárica, p/ melhor cicatrização de ferida e redução.

Dr. Janduí Lopes

Cir. Vascular e Endovascular
CRMMA: 5527 RQE-1288/1289
CRMTO: 3217 RQE-1441/1442

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado

Data

Horário

Contato

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>facundo</u>	<u>06.05</u>	<u>8:00</u>	<u>Quotiz</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

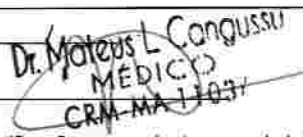
Fis
24
SEMUS

Paciente: CLAUDINEI RODRIGUES NOGUEIRA Data Atd: 1
Data Nascimento: Idade: 52 Sexo: MASCULINO E. Civil:
Convênio: MUNICIPIO CNS: Telefone:
Endereço: Bairro:
Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada ☒	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

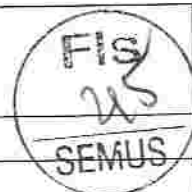
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	19
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: / /

Dr. Mateus L. Congussi
MÉDICO
CRM-MA 11037
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente submetido a fasciotomia em perna
ambas e necrose tecidual e infecção local.
 2 Exame Físico: subeto no serviço de OHB.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

CALUDINEI RODRIGUES NOGUEIRA

DATA NASCIMENTO

03/08/1973 - 52 ANOS

CARTÃO NASCIONAL DE SAÚDE (CNS)

706001307265646

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98452-6297

CEP

65.916-225

NOME DO RESPONSÁVEL

SANDRA MORAIS RODRIGUES

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

JANDUI

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

31/03/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

07

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Sandra morais Rodrigues

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
21/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
22/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
23/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
26/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

29/05/2025	Sancha Maria Rodrigues	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Chave de Confirmação:

30595

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
RENATAMARIASOLOp. Autorizador:
RENATAMARIASOL

Op. Videoconsulta:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOTelefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Município:
IMPERATRIZ - MAProfissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

TER • 19/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
706802763401720Nome:
DIVARGNE CAJUEIRO MILHOMEMNome Social / Apelido:
---Nome da Mãe:
MARIA DE LOURDES CAJUEIROSexo:
MASCULINOData Nascimento:
14/12/1963Idade:
62 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
BRANCANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
PARAIBANO - MATipo de Logradouro:
RUANome do Logradouro:
02Número:
01Complemento:
---Bairro:
TIBERIO AZEVEDOMunicípio de Residência:
TOCANTINOPOLIS - TOCEP:
77900-000Telefone(s):
(63) 98415-6109 *(Exibir Lista Detalhada)*

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
668523338Data de Solicitação:
19/05/2026Data de Aprovação:
19/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª VezCPF Profissional Solicitante:
---Profissional Solicitante:
VALDIVINODiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISCID:
R68Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACod. Unificado:
0301100144Cod. Interno:
0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 19/05/2026 15:46:59



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Divanyene da Silva Molluam LEITO: 10
DA CLÍNICA: Obstetrícia PARA CLÍNICA: Apurbaria
DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 09:00
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com quadro de gravidez
exposta por um feto com peso
lento com risco de morte

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

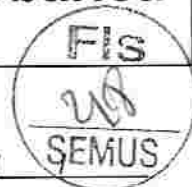
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Mª de Nazaré Barreto</u> COREN-MA 603.684 Enfermeira Obstetra	<u>12/05/26</u>	<u>09:00</u>	<u>10/10/26</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: DIVARGNE CAJUEIRO MILHOMEM Data Atd: 1
 Data Nascimento: 14/12/1963 Idade: 62 Sexo: MASCULINO E. Civil:
 Convênio: MUNICÍPIO CNS: 706802763401720 Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim ☒	Com exposição óssea ☒
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada ☒	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	>10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim ☒
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

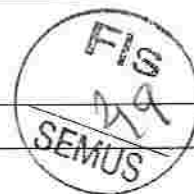
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	18
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 18.05.26
Dr. Mateus L. Cangussu
 MÉDICO
 CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com fratura exposta em
perna

2 Exame Físico: Lesão maior que can, lesão
de porte med. cereja com fibrina.
Solicito 10 sessões de OHPB.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DIVARGNE CAJUEIRO MILHOMEM

DATA NASCIMENTO

14/12/1963 – 62 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706802763401720

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98175-9726

CEP

77.900-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

VALDIVINO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

4732

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

19/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

07

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
19/05/2026	Divargne Cajueiro Milhomem	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
21/05/2026	Divargne Cajueiro Milhomem	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	Divargne Cajueiro Milhomem	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026	Divargne Cajueiro Milhomem	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	Divargne Cajueiro Milhomem	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026	Divargne Cajueiro Milhomem	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

28/05/2026	Divanildo Capuano Milhomem	☒ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

49899

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOTelefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Município:
IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

Data e Horário de Atendimento:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

QUA • 13/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700003809107500Nome:
ELIELTON TAVARES DA SILVA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
MARIA IRANILDE TAVARESSexo:
MASCULINOData Nascimento:
28/01/1998Idade:
28 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
PARDANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
SAO PAULO - SPTipo de Logradouro:
RUANome do Logradouro:
DOM PEDRO IINúmero:
S/NComplemento:
---Bairro:
BACURIMunicípio de Residência:
IMPERATRIZ - MACEP:
65916-280

Telefone(s):

(99) 99111-2789 • (99) 99203-0816 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
667240257Data de Solicitação:
13/05/2026Data de Aprovação:
13/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª VezCPF Profissional Solicitante:
---Profissional Solicitante:
FLAVIUS RIBEIRODiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISCID:
R68Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACod. Unificado:
0301100144Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 13/05/2026 09:02:47



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Elaine Tereza da Silva LEITO: _____

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____ HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com quadro de Hipertensão
em tratamento com medicação de Hipertensão

Dr. Flávio Roberto Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400/TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

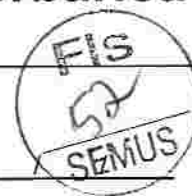
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data ____/____/____ Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: ELIELTON TAVARES DA SILVA Data Atd: _____
 Data Nascimento: 28/01/1998 Idade: 28 Sexo: MASCULINO E. Civil: _____
 Convênio: MUNICÍPIO CNS: 700003809107500 Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos ☒	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada ☒	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	☒ >10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		☒ Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		☒ Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	☒ Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		☒ Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	19
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Exiente com ulcera poral de difícil cicatrização
 2 Exame Físico: Solicitado 10 sessões de OI4B.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ELIELTON TAVARES DA SILVA

DATA NASCIMENTO

28/01/1998 – 28 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700003809107500

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 99168-4481

CEP

65.905-336

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

08/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Elilton Tavares da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

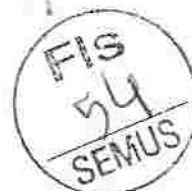
CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
13/05/2026	<i>Elilton Tavares da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
14/05/2026	<i>Elilton Tavares da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
18/05/2026	<i>Elilton Tavares da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
19/05/2026	<i>Elilton Tavares da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	<i>Elilton Tavares da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
24/05/2026	<i>Elilton Tavares da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

25/05/2026	x Edielton Lourenço da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	x Edielton Lourenço da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026	x Edielton Lourenço da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
28/05/2026	x Edielton Lourenço da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

81338

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESÁRIONúmero:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOTelefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Município:
IMPERATRIZ - MAProfissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 20/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700004283161300Nome:
EZEQUIEL SARMENTO DE SOUSA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
AMELIA SARMENTO DE SOUSASexo:
MASCULINOData Nascimento:
24/10/1999Idade:
26 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
PARDANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
GRAJAU - MATipo de Logradouro:
RODOVIANome do Logradouro:
BR 343 KM 26Número:
S/NComplemento:
---Bairro:
ZONA RURALMunicípio de Residência:
ALTOS - PICEP:
64290-000Telefone(s):
(66) 99283-9259 (*Exibir Lista Detalhada*)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
668659769Data de Solicitação:
20/05/2026Data de Aprovação:
20/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª VezCPF Profissional Solicitante:
---Profissional Solicitante:
JULLYANDiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISCID:
R68Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACod. Unificado:
0301100144Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 20/05/2026 10:16:00



maca 2-342
Secretaria Municipal da saúde / SUS

HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CVE: 628.403.833-64

CNS: 700 0042 833 61300



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Ezequiel Nascimento de Sousa LEITO: 142

DA CLÍNICA: Vascular PARA CLÍNICA: Hiperbarica

DATA DA SOLICITAÇÃO: 10 / 05 / 26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente 26 anos, vítima de PAF em MIE em 28 de abril, submetido à enxertia ilíaca com payerna interna + fasciotomia em MIE. Solicito avaliação e conduta.

Jullyssa Cabral
Anfitriã de Saúde, Vascular
CRM 11036

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
Fiori Pechoto Enfermeiro COREN-MA 323710	10/05/26	11:48h	Gratizari
<u>[Assinatura]</u>	11/05/26	09:30	lecotizari
Eng. a Nucle	13/05/26	9:30	Picatrizari

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Dr. Marcelo Longuissi
MÉDICO
CRM 11036

Assinatura e Carimbo

Data 13,05,26 Horário: 10:50

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

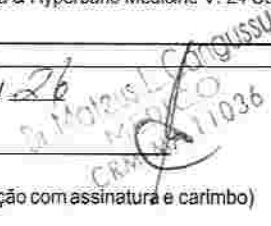
FIS
56
SEMUS

Paciente: Eziquiel Sarmiento Lopez Data Atd: 13.05.26
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos ☒	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm ☒	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim ☒	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim ☒

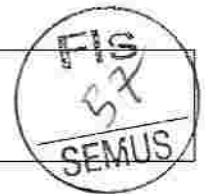
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	20
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 13.05.26
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)


1 Anamnese: paciente portador de PAF com
uma ulceração extensa em
região plantar
 2 Exame Físico: ulcusa extensa, hiperesquema, áreas
de espanto, com gases de umidade

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

EZEQUIEL SARMENTO DE SOUSA

DATA NASCIMENTO

24/10/1999 - 26 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700004283161300

TELEFONE PARA CONTATO

(67)99278-3178

CEP

65.940-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

JULYAN

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

19/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

05

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel da Santana
Médico
CRM-MA 17425

+ Ezequiel Sarmento de Sousa

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
19/05/2026	x Ezequiel Sarmento de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	x Ezequiel Sarmento de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026	x Ezequiel Sarmento de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
28/05/2026	x Ezequiel Sarmento de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
29/05/2026	x Ezequiel Sarmento de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Justificativa de Regulação

Paciente: Ezequiel Sarmento de Sousa

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Data de Início do Tratamento: 19/05/2026

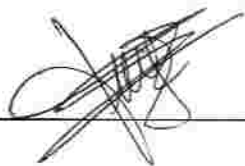
Data da Inserção no SISREG: 20/05/2026

Vimos por meio desta justificar a regulação do paciente **Ezequiel Sarmento de Sousa** no Sistema de Regulação (SISREG) no dia **20/05/2026**, referente ao início do tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) ocorrido em **19/05/2026**.

Na referida data (19/05/2026), o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) enfrentou uma instabilidade no serviço de conectividade com a internet, o que impossibilitou o acesso aos sistemas de informação operacionais e o lançamento no SISREG em tempo real.

Assim que a conexão de rede foi restabelecida nas dependências da unidade hospitalar, a equipe responsável realizou prontamente a inclusão dos dados do paciente no sistema no dia subsequente (20/05/2026).

Diante do exposto, solicitamos a validação do procedimento a partir da data efetiva de início do tratamento (19/05/2026), garantindo a conformidade dos registros administrativos e assistenciais da paciente.



Eliete Soares

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 14 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | ☎ 99182-4680 | ☎ 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

76463

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: Cod. CNES:

CICATRIZAR 9415114

Endereço: Número:

DOM CESARIO 170

Telefone: CEP:

99) 3524-4092 65903-083

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 13/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
703409272184415Nome da Mãe:
TEREZA COSTA ALVES

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:
BRASILEIRATipo de Logradouro:
RUABairro:
BELA VISTATelefone(s):
(66) 99918-4872 (Exibir Lista Detalhada)Nome:
ELIOMAR ALVES COSTASexo:
MASCULINORaça:
AMARELANaturalidade:
SANTA INES - MANome do Logradouro:
VIANA
Município de Residência:
PEIXOTO DE AZEVEDO - MT

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
22/10/1959Idade:
66 anosNúmero:
113
CEP:
78530-000

Complemento:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

667244309

CPF Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Data de Solicitação:

13/05/2026

Profissional Solicitante:

JANDUI

Data de Aprovação:

13/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 13/05/2026 09:10:29



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CPF: 299.097.673-04
CNS: 7034092 7238 4415



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Elionora Alves Costa LEITO: 143
DA CLÍNICA: Cirurgia vascular PARA CLÍNICA: Medicina hipertensão
DATA DA SOLICITAÇÃO: 06 / 03 / 2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 08:00
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente do sexo masculino, 66 anos, portador de DM2 e com O2AVE de história mediana progressiva. Submetido à amputação de 5º dedo do pé (E) + desbridamento cirúrgico de ferida em dorso lateral do pé (E).

Solicita avaliação e conduta pela medicina hipertensão por melhor avaliação e intervenção do ferido

Dr. Janduí Lopes
Cir. Vascular e Endovascular
CRM: 5527 RQE-1283
CBO: 3217 RQE-1441 1442
Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>[Assinatura]</u>	<u>06-03</u>	<u>8:00</u>	<u>cicohizo</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

FIS
61
SEMUS

Paciente: ELIOMAR ALVES COSTA Data Atd: _____
 Data Nascimento: _____ Idade: 66 Sexo: MASCULINO E. Civil: _____
 Convênio: MUNICIPIO CNS: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim ☒	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	24
GIV > 31 pontos	

Data: 07.05.2016
Dr. Mateus L. Congussu
 MÉDICO
 CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

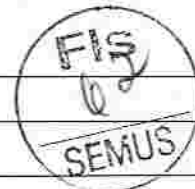
1 Anamnese:

*Paciente c/ extensa lesão ulcerada de dif. ep.
 cutâneas por queimadura de 5º grau. História recente*

2 Exame Físico:

de UMB.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ELIOMAR ALVES COSTA

DATA NASCIMENTO

22/10/1959 – 66 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703409272184415

TELEFONE PARA CONTATO

(66)99918-4872

CEP

65.916-100

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Weslania Cavalcante Costa

022.110.361-98

MÉDICO SOLICITANTE

JANDUI

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

13/05/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (X) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

28/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Weslania Cavalcante Costa

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
13/05/2026	Weslania Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	Weslania Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
15/05/2026	Weslania Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
19/05/2026	Weslania Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
20/05/2026	Weslania Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
22/05/2026	Weslania Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

25/05/2026	x Wleslamia Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
26/05/2026	x Wleslamia Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	x Wleslamia Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	x Wleslamia Cavalcante Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

67532

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
RENATAMARIASOLOp. Autorizador:
RENATAMARIASOL

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOTelefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Município:
IMPERATRIZ - MAProfissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 18/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700402960035241Nome:
FERNANDO PEREIRA DOS SANTOS

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
FRANCISCA PEREIRA DOS SANTOSSexo:
MASCULINOData Nascimento:
28/10/1992Idade:
33 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
AMARELANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
SÍTIO NOVO - MATipo de Logradouro:
VILANome do Logradouro:
VITÓRIA

Número:

Bairro:
VILA VITÓRIAMunicípio de Residência:
SÍTIO NOVO - MACEP:
65925-000Telefone(s):
(99) 3532-0241 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

668247724

Data de Solicitação:

18/05/2026

Data de Aprovação:

18/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
FLAVIUSDiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISCID:
R68Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACod. Unificado:
0301100144Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

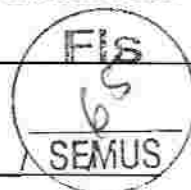
22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 18/05/2026 16:25:07

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Fernando Pereira dos Santos Data Atd: _____
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: Município CNS: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

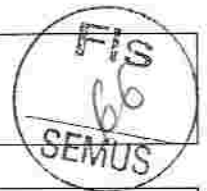
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	21
GIV > 31 pontos	

Data: 28/01/20
 Dr. Mateus Congussu
 MÉDICO
 CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: homenagem de 40 anos, Odeio em msc
apresentando queixa de membros inferiores
 2 Exame Físico: 10 dedos de hiperemia pl ovário no testamento

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

FERNANDO PEREIRA DOS SANTOS

28/10/1992 – 33 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

700402960035241

(99)98115-4792

65.925-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

FLAVIUS R. LANA

CRM-MA

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

18/05/2026

(X) SIM () NÃO

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

03

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

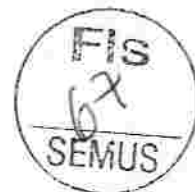
Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
18/05/2026	Fernando Pereira dos Santos	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
19/05/2026	Fernando Pereira dos Santos	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	Fernando Pereira dos Santos	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

82317

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CJCATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

QUI • 21/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

706001803579548

Nome:

FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

MARIA JOANA DA CONCEICAO

Sexo:

FEMININO

Data Nascimento:

31/08/1970

Idade:

55 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

AMARELA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

SANTANA DO MARANHÃO - MA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

ANTENOR BOGEA

Número:

23

Complemento:

Q35

Bairro:

FREI ALBERTO BERETA

Município de Residência:

GRAJAU - MA

CEP:

65940-000

Telefone(s):

(99) 99177-7583 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

668956067

Data de Solicitação:

21/05/2026

Data de Aprovação:

21/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

JULLYAN

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 21/05/2026 10:54:48



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNPJ: 403.075.653-00

CNS: 706 0038 0357 9548



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

cadeiro

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Francisca Maria da Conceição LEITO: 563
DA CLÍNICA: Vascular PARA CLÍNICA: Circozosa / Hipertensão
DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 10:09
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA ☐ NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente 56 anos, com lesão infectada no pé esquerdo com
necrose, solicitando avaliação de / Para hiperbarica.


Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

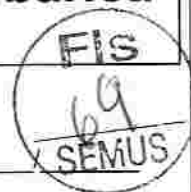
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Enx: Braga</u>	<u>15-05-26</u>	<u>11:12</u>	<u>Clínica Circozosa</u>
<u>Enf: Jivir Pacheco</u>	<u>16-05-26</u>	<u>12:00h</u>	<u>Circozosa</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Fernandes Amorim da Conceição Data Atd: 1
 Data Nascimento: 56 Idade: 56 Sexo: E. Civil:
 Convênio: Matricula: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	25 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim ☒	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V, 24 Supplement p35-1997

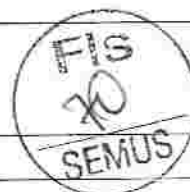
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	24
GIV > 31 pontos	

Data: 1905/26
Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com lesão infectada no pé
devido com microe, poliduto no pé da

2 Exame Físico: OHB

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO

31/08/1970 - 55 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

706001803579548

(99) 99177-7583

65.940-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

JULLYAN

CRM-MA

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

21/05/2026

(X) SIM () NÃO

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

04

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Francisca Maria da Conceição

Assinatura do Paciente/Responsável

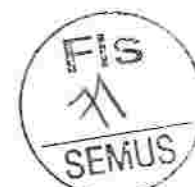
Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
25/05/2026	Francisca Maria da Conceição	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	Francisca Maria da Conceição	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
28/05/2026	Francisca Maria da Conceição	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
29/05/2026	Francisca Maria da Conceição	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

66046

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KIPOp. Autorizador:
KIP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHAO NOVOTelefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Município:
IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

Data e Horário de Atendimento:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

SEG • 04/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
705202439480979Nome:
GABRIEL LIMA DA SILVANome Social / Apelido:
---Nome da Mãe:
ELIENE DE SOUSA LIMASexo:
MASCULINOData Nascimento:
17/08/2018Idade:
7 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
PARDANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
IMPERATRIZ - MATipo de Logradouro:
RUANome do Logradouro:
QUARENTA E TRÊSNúmero:
28BComplemento:
CASA DA ELIENEBairro:
VILA VITÓRIAMunicípio de Residência:
IMPERATRIZ - MACEP:
65918-192Telefone(s):
(99) 99122-8711 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
665325702Data de Solicitação:
04/05/2026Data de Aprovação:
04/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª VezCPF Profissional Solicitante:
---Profissional Solicitante:
ANNA CAROLINADiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISCID:
R68Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACod. Unificado:
0301100144Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 04/05/2026 10:53:52



Secretaria Municipal da Saúde/SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA MUNICIPAL DE
IMPERATRIZ

CNS: 705 2024 3948 0979

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Gabriel Lima da Silva LEITO: _____
 DA CLÍNICA: Pediatria PARA CLÍNICA: Hiperbérica
 DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/04/2024 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____
 CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente, 7 anos, com lesão em pé esquerdo com área exten-
 sa de necrose cutânea e edema após acidente com rolo de
 bicicleta há 03 dias. Solicito avaliação de Hiperbérica
 para seguimento e conduta. Grata!!

Dra. Anna Carolina Morillas
 Médica
 CRM-MA 12313

Médico Solicitante
 (Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Euf Kelly</u>	<u>24/04</u>	<u>7:00</u>	<u>Contato (Credenciado)</u>
<u>Euf Kelly</u>	<u>25/04</u>	<u>7:00</u>	<u>Contato (Credenciado)</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

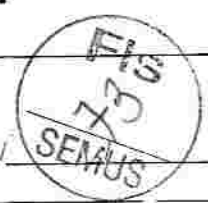
REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Dr. Marcos L. Canqueau
 CRM-MA 11036

Data 28/04/2024 Horário: 11:00

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Roberto Lima do Silva Data Atd: _____
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos ☒	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada ☒	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim ☒	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M.Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	12
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 28.04.26
 Médico: (identificação com a assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com lesão em pé esquerdo com área de necrose.
 2 Exame Físico: lesão extensa, com áreas de necrose

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

GABRIEL LIMA DA SILVA

DATA NASCIMENTO

17/08/2018 - 7 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705202439480979

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 99122-8711

CEP

65.918-192

NOME DO RESPONSÁVEL

ELIENE DE SOUSA LIMA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

ANNA CAROLINA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

04/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

03

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Elieni de Sousa Lima

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☐ PACIENTE	☒ RESPONSÁVEL
04/05/2026	<i>Elieni de Sousa Lima</i>	☐ PACIENTE	☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Elieni de Sousa Lima</i>	☐ PACIENTE	☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Elieni de Sousa Lima</i>	☐ PACIENTE	☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE	☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE	☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE	☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

47773

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOTelefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Município:
IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

Data e Horário de Atendimento:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

SEG • 25/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
701703209601670Nome:
GRACIMAR PINTO DE ORQUISE

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
ELVIRA PINTO DE ORQUISESexo:
FEMININOData Nascimento:
20/10/1964Idade:
61 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
PRETANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
GRAJAU - MATipo de Logradouro:
RUANome do Logradouro:
SAO BENTO

Número:

Complemento:

Bairro:

Município de Residência:
MONTES ALTOS - MA

S/N

CEP:

65936-000

Telefone(s):

(99) 98408-0504 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

Data de Solicitação:

Data de Aprovação:

Vaga Solicitada:

Vaga Consumida:

669612766

25/05/2026

25/05/2026

1ª Vez

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 25/05/2026 15:13:09

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Gracimar Pinto d'Orquese LEITO: 402
DA CLÍNICA: Médico PARA CLÍNICA: Câmara hiperbárica
DATA DA SOLICITAÇÃO: 21/10/2016 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 08:00
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente evolui com febre, dor e sinais flogísticos de púcula em MMII, com quadro há mais de 20 dias, sendo tratado por 14 dias com ceftriaxona e clindamicina, atualmente em uso de Vancomicina e Meropenem. Atualmente, foi avaliada em UTI, e obtendo certo melhora do quadro. Portanto, solcito 10 sessões de câmara hiperbárica para complementar tratamento.
HD: Empêlo Beltrão - CID: A46.

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

D. Reginaldo Nascimento Batista
MÉDICO
CRM-MA 3552 - RNTQ 1658

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

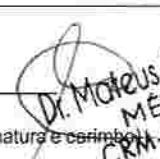


Paciente: Gracimar Pinto / Data Atd: / /
 Data Nascimento: Idade: Sexo: E. Civil:
 Convênio: Matricula: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim ☒	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Ampulação / Desbridamento	Em risco ☒	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

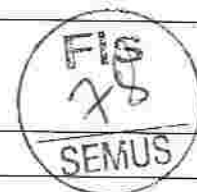
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	20
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data 11.05.26
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

DR. MATEUS L. CONGUSSU
MÉDICO
CRM-MA 11036

1 Anamnese: Paciente com edema e áreas flogísticas
em M.M.F.J.
 2 Exame Físico: Paciente com lesões extensas
M.M.F.J.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

GRACIMAR PINTO DE ORQUISE

DATA NASCIMENTO

20/10/1964 – 61 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701703209601670

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98437-8377

CEP

65.936-000

NOME DO RESPONSÁVEL

x Gracilene Orquise Silva

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

x 61230307362

MÉDICO SOLICITANTE

REGINALDO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

25/05/2026

EM TRATAMENTO

(x) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

03

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

x Gracilene Orquise Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
25/05/2026	x Gracilene Orquise Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
26/05/2026	x Gracilene Orquise Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	x Gracilene Orquise Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

49819

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

Cod. CNES:

CICATRIZAR

9415114

Endereço:

Número:

DOM CESARIO

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

CEP:

99) 3524-4092

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

Data e Horário de Atendimento:

PAULO SÉRGIO SILVESTRE DE MOURA

SEX • 15/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

706806701523923

Nome:

GUILHERNE HENRIQUE LOUREIRO PRADO CORTOLANO

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

ELEN CRISTINA LOUREIRO PRADO

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

04/10/2005

Idade:

20 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

ARAGUAINA - TO

Tipo de Logradouro:

AVENIDA

Nome do Logradouro:

JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA

Número:

S/N

Complemento:

Q23 LT07

Bairro:

SETOR MORADA DO SOL

Município de Residência:

RIO VERDE - GO

CEP:

75909-080

Telefone(s):

(64) 99946-2748 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

667912322

Data de Solicitação:

15/05/2026

Data de Aprovação:

15/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 15/05/2026 14:55:09



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Guilherme L. Prado Coriolano LEITO: _____

DA CLÍNICA: Ortopedia PARA CLÍNICA: Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: 12 / 05 / 2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO 09:00

CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente, sexo masculino, 20 anos. Apresenta fratura
exposta de calcâneo direito. Solicita avaliação para
hipertensão. Grato.

Dr. Flávio Roberto Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 104007EOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

FIS
26/81
SEMUS

Paciente: Guilherme Henrique D. P. Cordeiro Data Atd: 12.05.2008
 Data Nascimento: 04/02/2005 Idade: 20 Sexo: M E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	<u>< 25 anos</u>	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	<u>Acentuada</u>
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	<u>> 10 cm</u>
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	<u>> 6 cm</u>
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	<u>> 10 cm</u>
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	<u>Sim</u>	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração Linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	<u>Em risco</u>	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

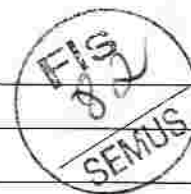
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	<u>16</u>
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: Dr. Mateus Cangussu
MÉDICO
CRM-MG 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente vítima de ac. motorista e o protu-
ra de coletores + lesão de partes moles. Solicita
10 sessões de OHP p/ curar na cicatr-
 2 Exame Físico: pele

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

GUILHERME HENRIQUE LOUREIRO PRADO CORIOLANO

DATA NASCIMENTO

04/10/2005 - 20 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706806701523923

TELEFONE PARA CONTATO

(63) 99226-8696

CEP

75.909-080

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS R. LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

13/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (X) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

26/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Guilherme H. L. P. Coriolano

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
13/05/2026	<i>x</i> <i>Guilherme H. L. P. Coriolano</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
14/05/2026	<i>x</i> <i>Guilherme H. L. P. Coriolano</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
15/05/2026	<i>x</i> <i>Guilherme H. L. P. Coriolano</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
18/05/2026	<i>x</i> <i>Guilherme H. L. P. Coriolano</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
19/05/2026	<i>x</i> <i>Guilherme H. L. P. Coriolano</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	<i>x</i> <i>Guilherme H. L. P. Coriolano</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

21/05/2026	x	Guillermo H. L. P. Corbalano	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	x	Guillermo H. L. P. Corbalano	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026	x	Guillermo H. L. P. Corbalano	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	x	Guillermo Henrique Loureiro Rader C.	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

Justificativa de Regulação

Paciente: Guilherme Henrique Loureiro Prado Coriolano

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Data de Início do Tratamento: 13/05/2026

Data da Inserção no SISREG: 15/05/2026

Vimos por meio desta justificar a regulação do paciente **Guilherme Henrique Loureiro Prado Coriolano** no Sistema de Regulação (SISREG) no dia **15/05/2026**, referente ao início do tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) ocorrido em **13/05/2026**.

Na referida data (13/05/2026), o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) enfrentou uma instabilidade no serviço de conectividade com a internet, o que impossibilitou o acesso aos sistemas de informação operacionais e o lançamento no SISREG em tempo real.

Assim que a conexão de rede foi restabelecida nas dependências da unidade hospitalar, a equipe responsável realizou prontamente a inclusão dos dados do paciente no sistema no dia subsequente (15/05/2026).

Diante do exposto, solicitamos a validação do procedimento a partir da data efetiva de início do tratamento (13/05/2026), garantindo a conformidade dos registros administrativos e assistenciais da paciente.



Eliete Soares
Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 14 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | 99182-4680 | 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

Justificativa de Erro de Preenchimento de Data

Paciente: GUILHERME HENRIQUE LOUREIRO PRADO CORIOLANO

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Data de Início do Tratamento: 13/05/2026

Declaramos, para os devidos fins de retificação de registro de atendimento, que houve um erro material de digitação no preenchimento da data na ficha de assinatura do paciente.

A data correta do atendimento é **13/05/2026**, tendo sido grafado erroneamente **13/04/2026** por lapsos operacionais de digitação. Confirmamos a realização do procedimento no dia **13/05/2026** e solicitamos a devida ressalva de correção na ficha correspondente.



Eliete Soares

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 14 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | 99182-4680 | 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA



Chave de Confirmação:

11295

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cód. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Op. Autorizador:

KJP

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

20/05/2026

Município:

IMPERATRIZ

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 20/05/2026 • 07h00min

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704305518964794

Nome do Paciente

GUSTAVO DA SILVA

Nome da Mãe

SUELENE DA SILVA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

33

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 98117-7996 ([Exibir Lista Detalhada](#))

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

22/11/1997 (28 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Raça:

AMARELA

Município de Nascimento:

BURITIRANA - MA

Logradouro:

CASTRO ALVES

Bairro:

BOM JESUS

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Complemento:

DECL VISITA

CEP:

65900-001

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

668683685

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

Nome Médico Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Data Solicitação:

20/05/2026

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 31/07/2026 08:15:48



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Gustavo do Silva LEITO: _____

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Acidente motorístico com trauma em
perna E apresentando fratura exposta do
fêmur e grave lesão de partes moles.
Soluto avaliação do Hipertensão

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400 TEOT 14556

Médico Solidante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

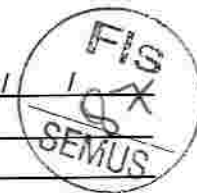
REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: GUSTAVO DA SILVA Data Atd: 11/05/2016
Data Nascimento: 22/11/1997 Idade: 28 anos Sexo: Masculino E. Civil: Solteiro
Convênio: MUNICÍPIO CNS: 704305518964794 Telefone:
Endereço: Bairro:
Cidade: Cep.: Hospital:



ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	<u>26 a 50 anos</u>	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	<u>Acentuada</u>
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	<u>> 10 cm</u>
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	<u>> 6 cm</u>
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	<u>Sim</u>	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	<u>Realizada</u>
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	<u>16</u>
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 11/05/2016
 Médico: Dr. Gabriel de Santana
 CRM-MA 17425
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Acidente automobilístico com
fratura exposta do fêmur (C) + grave lesão por trauma
 2 Exame Físico: Sólido 10 dias de DTH.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

GUSTAVO DA SILVA

DATA NASCIMENTO

22/11/1997 - 28 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704305518964794

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

65912-105

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

14/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de **MAIO de 2026**, o paciente acima foi submetido a:

07

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento de saúde abaixo:

Dr. Gabriel da Santana
Médico
CRM-MA 17425

Gustavo da Silva

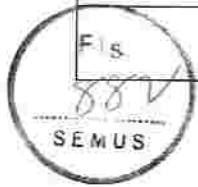
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
20/05/2026	Gustavo da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
24/05/2026	Gustavo da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	Gustavo da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026	Gustavo da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	Gustavo da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026	Gustavo da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

28/05/2026	Gustavo da Silva	☒ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

57741

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUI • 07/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700809404540681

Nome:

IAN KADSON PEREIRA DOS SANTOS

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

ISALETE PEREIRA DOS SANTOS

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

27/05/2017

Idade:

8 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

SÍTIO NOVO - MA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

SANTA ISABEL

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Município de Residência:

SERRA NOVA DOURADA - MT

CEP:

78668-000

Telefone(s):

(99) 98500-0141 (*Exibir Lista Detalhada*)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

666284660

Data de Solicitação:

07/05/2026

Data de Aprovação:

07/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

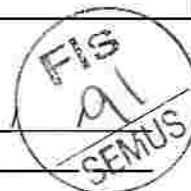
Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 07/05/2026 14:09:40



Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Yon Kodson Data Atd: _____
Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
Convênio: Município CNS: _____ Telefone: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____



ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

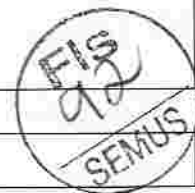
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	18
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 18, 04, 2016
Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente vítima de Acidente Óptico em MTD
utilizando a oxigenoterapia hiperbárica. História
 2 Exame Físico: Hiperbarica (10 sessões) por ocorrer no tratamento.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

IAN KADSON PEREIRA DOS SANTOS

27/05/2017 - 8 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

701008887075495

(66)98110-3061

65.925-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

ROBERTO CARDOSO DA SILVA SANTOS

CPF: 603.085.74368

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

FLAVIUS R. LANA

CRM-MA

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

07/05/2026

() SIM (x) NÃO

20/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17426

x Roberto Cardoso da Silva Santos

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

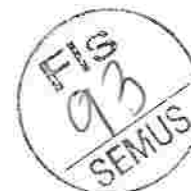
CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	x Roberto Cardoso da Silva Santos	☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026	x Roberto Cardoso da Silva Santos	☒ RESPONSÁVEL
11/05/2026	x Roberto Cardoso da Silva Santos	☒ RESPONSÁVEL
12/05/2026	x Roberto Cardoso da Silva Santos	☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	x Roberto Cardoso da Silva Santos	☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	x Roberto Cardoso da Silva Santos	☒ RESPONSÁVEL

15/05/2026	*Roberto cardoso da silva santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
18/05/2026	*Roberto cardoso da silva santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
19/05/2026	*Roberto cardoso da silva santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
20/05/2026	*Roberto cardoso da silva santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

42242

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Telefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURAComplemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

TER • 12/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
701004887544793Nome da Mãe:
VITORIA RODRIGUES DE MORAES

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:
BRASILEIRATipo de Logradouro:
RUABairro:
NOVO HORIZONTETelefone(s):
(99) 98805-6762 (Exibir Lista Detalhada)Nome:
JOAO RODRIGUES DE MORAESSexo:
MASCULINORaça:
AMARELANaturalidade:
SAO DOMINGOS DO MARANHÃO - MANome do Logradouro:
RUA PADRE CICEROMunicípio de Residência:
IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
25/03/1945Idade:
81 anosNúmero:
81CEP:
00000-000

Complemento:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
666954685Data de Solicitação:
12/05/2026Data de Aprovação:
12/05/2026Vaga Solicitada:
1ª Vez

Vaga Consumida:

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
FLAVIUS RIBEIRODiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACID:
R68Cod. Unificado:
0301100144Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOCod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

2/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 12/05/2026 08:56:09



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: João Rodrigues de Moraes LEITO: 331
DA CLÍNICA: Clínica médica PARA CLÍNICA: Av. Hiperbárica
DATA DA SOLICITAÇÃO: 10 / 05 / 26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO 11h
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente 80 anos, masculino, com quadro de erizipela em MFD, realizado desbridamento da ferida em 07/05/2026. Atualmente, com manutenção da dor no membro acometido (04/10), em uso de curativo com alopinato de mata. Solicito avaliação para remédios de câmara hiperbárica.

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

Dr. Rodrigo Teles
Médico
CRM 114.678 / RQE 3958

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado

Fiori Pechoto
Enfermeiro
COREN-MA 323.710

Data

11.05.26

Horário

16:12h

Contato

Cicatrizer

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: JOAO RODRIGUES DE MORAES

Data Atd: _____

Data Nascimento: 25/03/1945 Idade: 81

Sexo: Masculino

E. Civil: _____

Convênio: MUNICIPIO CNS: 701004887544793 Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____



ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	20
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
Médico: (Identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

paciente em tratamento de Erisipela em
MF. apresenta sintomas de lesão ulcerosa, secreção
e dor no local. Solicito realização de
sessões de OHS.

2 Exame Físico:

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

JOAO RODRIGUES DE MORAES

DATA NASCIMENTO

25/03/1945 – 81 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701004887544793

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98158-7541

CEP

65.929-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

26/03/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Raimundo Cleber Rodrigues

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
11/05/2026	Raimundo Cleber Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
12/05/2026	Raimundo Cleber Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	Raimundo Cleber Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	Raimundo Cleber Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
15/05/2026	Raimundo Cleber Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
18/05/2026	Raimundo Cleber Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

Justificativa de Regulação

Paciente: João Rodrigues de Moraes

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Data de Início do Tratamento: 11/05/2026

Data da Inserção no SISREG: 12/05/2026

Vimos por meio desta justificar a regulação do paciente **João Rodrigues de Moraes** no Sistema de Regulação (SISREG) no dia **12/05/2026**, referente ao início do tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) ocorrido em **11/05/2026**.

Na referida data (11/05/2026), o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) enfrentou uma instabilidade no serviço de conectividade com a internet, o que impossibilitou o acesso aos sistemas de informação operacionais e o lançamento no SISREG em tempo real.

Assim que a conexão de rede foi restabelecida nas dependências da unidade hospitalar, a equipe responsável realizou prontamente a inclusão dos dados do paciente no sistema no dia subsequente (12/05/2026).

Diante do exposto, solicitamos a validação do procedimento a partir da data efetiva de início do tratamento (11/05/2026), garantindo a conformidade dos registros administrativos e assistenciais da paciente.

Eliete Soares

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 14 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | @99182-4680 | @98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

70433

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ**Cod. CNES:**
2456672**Op. Solicitante:**
RENATAMARIASOL**Op. Autorizador:**
RENATAMARIASOL**Op. Videofonista:**

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Cod. CNES:
9415114
Endereço:
DOM CESARIO
Número:
170
Telefone:
99) 3524-4092
CEP:
65903-083
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA**Complemento:**
SALA 2**Bairro:**
MARANHÃO NOVO**Município:**
IMPERATRIZ - MA**Data e Horário de Atendimento:****SEG • 18/05/2026 • 07:00hrs**

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700606937208765
Nome da Mãe:
MARIA PERPETO SOCORRO
Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:
BRASILEIRA
Tipo de Logradouro:
RUA
Bairro:
NOVA IMPERATRIZ
Telefone(s):
(99) 99137-8271 (*Exibir Lista Detalhada*)**Nome:**
JOSE GONZAGA DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Raça:
PARDA
Naturalidade:
FLORIANO - PI**Nome Social / Apelido:**
---**Data Nascimento:**
23/04/1965**Idade:**
61 anos**Nome do Logradouro:**
PARAIBA
Município de Residência:
IMPERATRIZ - MA**Número:**
833
Complemento:

CEP:
65907-260

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
668248566**Data de Solicitação:**
18/05/2026**Data de Aprovação:**
18/05/2026**Vaga Solicitada:**
1ª Vez**Vaga Consumida:**
1ª Vez**CPF Profissional Solicitante:**
---**Profissional Solicitante:**
VALDIVINO**Diagnóstico Inicial:**
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIA**CID:**
R68**Classificação de Risco:**
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO**Cod. Unificado:**
0301100144**Cod. Interno:**
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 18/05/2026 16:27:07

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: João Gomes Silva LEITO: 602
DA CLÍNICA: Ortopedia PARA CLÍNICA: C. Hipertensão
DATA DA SOLICITAÇÃO: 12.05.2024 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA ☒ NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente do município de São João do Rio Preto, com queixa de dor no membro superior direito, com início há alguns dias, piorando à noite e com limitação de movimentos. O paciente relata que a dor é constante e que não consegue dormir devido à dor. Foi encaminhado para avaliação de ortopedia e traumatologia. O paciente também relata que não houve trauma recente. O exame físico não foi realizado devido ao horário. O paciente está sendo tratado com analgésicos e está sendo encaminhado para avaliação de ortopedia e traumatologia.

Dr. Valdivino Rocha Silva
Médico CRM-MA 4732
Ortopedia e Traumatologia
RQE 23684
Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
Enf.ª <u>Ana</u>	<u>12.05.26</u>	<u>16h</u>	<u>Cicatrizar</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Bom

Assinatura e Carimbo:

Data: 13.05.26 Horário: 12:00

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls. 100
SEMUS

Paciente: José Gonzaga Silva Data Atd: 13, 05, 26
Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim ☒	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea ☒
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada ☒	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	>10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim ☒	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco ☒	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

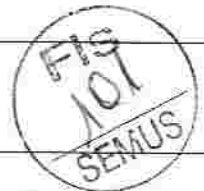
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	19
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 13, 05, 26
Dr. Marcos L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com trauma exposto de
diâmetro

2 Exame Físico: Paciente com lesão em fêmur, hipersecção

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

JOSE GONZAGA DA SILVA

DATA NASCIMENTO

23/04/1965 - 61 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700606937208765

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99137-8271

CEP

659.07-260

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

VALDIVINO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

4732

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

18/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

01

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

x Jose gonzaga da Silva
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
18/05/2026	x Jose gonzaga Silva	☒ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

98839

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ**Cod. CNES:**
2436672**Op. Solicitante:**
KJP**Op. Autorizador:**
KJP**Op. Videofonista:**

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Cod. CNES:
9415114
Endereço:
DOM CESARIO
Número:
170
Telefone:
99) 3524-4092
CEP:
65903-083
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA**Complemento:**
SALA 2**Bairro:**
MARANHÃO NOVO**Município:**
IMPERATRIZ - MA**Data e Horário de Atendimento:****TER • 12/05/2026 • 07:00hrs**

DADOS DO PACIENTE

CNS:
702505399035339**Nome da Mãe:**
FRANCISCA PEREIRA DA SILVA**Tipo Sanguíneo:**
---**Nacionalidade:**
BRASILEIRA**Tipo de Logradouro:**
RUA**Bairro:**
ITAMAR GUARA**Telefone(s):**
(99) 99113-4190 (*Exibir Lista Detalhada*)**Nome:**
JOSE RIBAMAR FERREIRA
Sexo:
MASCULINO
Raça:
AMARELA
Naturalidade:
CODÓ - MA**Nome Social / Apelido:**
---**Data Nascimento:**
18/02/1959**Idade:**
67 anos**Nome do Logradouro:**
SEIS
Município de Residência:
IMPERATRIZ - MA**Número:**
39
CEP:
65918-024
Complemento:
QD 06

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
666952840**CPF Profissional Solicitante:**
---**Diagnóstico Inicial:**
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS**Procedimentos Autorizados:**
OXIGENOTERAPIA POR DIA**Data de Solicitação:**
12/05/2026**Profissional Solicitante:**
FLAVIUS RIBEIRO**Data de Aprovação:**
12/05/2026**Vaga Solicitada:**
1ª Vez**Vaga Consumida:**
1ª Vez**CID:**
R68
Cod. Unificado:
0301100144**Classificação de Risco:**
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 12/05/2026 08:52:49



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Jose Ribamar Ferreira LEITO: PS
DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hiperbarco
DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/06/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 10.00h
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente cl. querendo fazer de hiperbarco
golpe no MTD. Solicito Av. p/
Hiperbarco.

[Assinatura]
Dr. Flavius Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM MA 19.402 RQI 3560

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

FIS
194
SEMUS

Paciente: JOSÉ RIBAMAR FERREIRA Data Atd: _____
 Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: Masculino E. Civil: _____
 Convênio: MUNICIPIO CNS: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco ☒	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	20
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 09/05/26
 Dr. Marcelo L. Canguesu
 Médico
 CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Exame externo em MTD

2 Exame Físico: Lesão bolhosa, limpa e seca

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

JOSE DE RIBAMAR FERREIRA

18/02/1959 – 67 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

702505399035339

(99) 99113-4190

65.918-024

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Deuzilene Ferreira

CPF: 332.355.383-72

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

FLAVIUS RIBEIRO LANA

CRM-MA

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

11/05/2026

(X) SIM () NÃO

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

02

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

x Deuzilene Ferreira

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
11/05/2026	<i>x Deuzilene Ferreira</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	<i>x Deuzilene Ferreira</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Justificativa de Regulação Retroativa

Paciente: José Ribamar Ferreira

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Data de Início do Tratamento: 11/05/2026

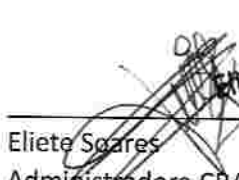
Data da Inserção no SISREG: 12/05/2026

Vimos por meio desta justificar a regulação do paciente **José Ribamar Ferreira** no Sistema de Regulação (SISREG) no dia **12/05/2026**, referente ao início do tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) ocorrido em **11/05/2026**.

Na referida data (11/05/2026), o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) enfrentou uma instabilidade no serviço de conectividade com a internet, o que impossibilitou o acesso aos sistemas de informação operacionais e o lançamento no SISREG em tempo real.

Assim que a conexão de rede foi restabelecida nas dependências da unidade hospitalar, a equipe responsável realizou prontamente a inclusão dos dados do paciente no sistema no dia subsequente (12/05/2026).

Diante do exposto, solicitamos a validação do procedimento a partir da data efetiva de início do tratamento (11/05/2026), garantindo a conformidade dos registros administrativos e assistenciais do paciente.


Eliete Soares de Araújo
Administradora
CRA-MA 2196

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 14 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | 99182-4680 | 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

Justificativa de Erro de Preenchimento de Data

Paciente: JOSE DE RIBAMAR FERREIRA

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Data de Início do Tratamento: 11/05/2026

Declaramos, para fins de regularização do registro do paciente, que no dia **11/05/2026** houve uma rasura inadvertida no campo de data da ficha de assinatura, sendo necessário o uso de corretivo para a devida reescrita do dia correto.

Confirmamos que a data correta do início do procedimento corresponde a **11/05/2026**, restando validada a assinatura do paciente nesta mesma data.


Eliete Soares
Administradora CRA Nº 9126 – MA
Imperatriz – MA 14 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | ☎ 99182-4680 | ☎ 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

25669

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
99) 3524-4092
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURACod. CNES:
9415114
Número:
170
CEP:
65903-083Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

TER • 05/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707601201203690Nome da Mãe:
JUSTINIANA AGUIAR DOS SANTOS

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:
BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

VILA

Bairro:

VILA SA

Telefone(s):

(99) 3531-1587 ([Exibir Lista Detalhada](#))Nome:
JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA
Sexo:
MASCULINO
Raça:
AMARELA
Naturalidade:
FORTALEZA DOS NOGUEIRAS - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
21/04/2012Idade:
14 anos

Nome do Logradouro:

SA

Município de Residência:

FORTALEZA DOS NOGUEIRAS - MA

Número:

CEP:

65805-000

Complemento:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

665635467

CPF Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Data de Solicitação:

05/05/2026

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Data de Aprovação:

05/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 05/05/2026 10:58:49



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Jemiel Santos Nunes de Sousa LEITO: _____

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO: 04/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Doente em tratamento de Artrite distal
do tornozelo. Pelo Protocolo de Repetição
e continuidade do tratamento.*

Dr. Nauris Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400/TEOT 14556
Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

FIS
ANO
SEMUS

Paciente: JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA Data Atd: _____
 Data Nascimento: 21/04/2012 Idade: 14 Sexo: Masculino E. Civil: _____
 Convênio: MUNICIPIO CNS: 707601201203690 Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	9
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 27/05/2016
 Dr. Matheus L. Cangussu
 Médico
 CRM-MA 11038
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

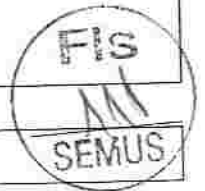
1 Anamnese:

Paciente com ferimento em tornozelo evoluindo com lesão e perda de tecido mole do

2 Exame Físico:

lesão de 5cm x 5cm, edema em pe todo.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA

DATA NASCIMENTO

21/04/2012 - 14 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70760120123690

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 3531-1587

CEP

65805-000

NOME DO RESPONSÁVEL

JUSTINIANA AGUIAR DOS SANTOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS LANA RIBEIRO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

14/04/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

07

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 7425

Justiniana Aguiar dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
03/05/2026	Justiniana Aguiar dos Santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Justiniana Aguiar dos Santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Justiniana Aguiar dos Santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026	Justiniana Aguiar dos Santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
12/05/2026	Justiniana Aguiar dos Santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	Justiniana Aguiar dos Santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

24/05/2026	Justimiana Aguiar dos Santos	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

99093

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
RENATAMARIASOLOp. Autorizador:
RENATAMARIASOL

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
99) 3524-4092
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURACod. CNES:
9415114
Número:
170
CEP:
65903-083Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 18/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
703604081219935
Nome da Mãe:
MARIA SANDRA ARAUJO BRITO
Tipo Sanguíneo:Nome:
LEONARDO ARAUJO BRITO
Sexo:
MASCULINO
Raça:
SEM INFORMACAO
Naturalidade:
IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
12/03/2014Idade:
12 anosNacionalidade:
BRASILEIRATipo de Logradouro:
RUA
Bairro:
CIDADE NOVANome do Logradouro:
BAYMA JUNIOR
Município de Residência:
JOAO LISBOA - MANúmero:
402
CEP:
65922-000Telefone(s):
(99) 98443-9203 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação: **668249010**
CPF Profissional Solicitante: ---
Data de Solicitação: 18/05/2026
Data de Aprovação: 18/05/2026
Vaga Solicitada: 1ª Vez
Vaga Consumida: 1ª Vez
Profissional Solicitante: FLAVIUSDiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACID:
R68
Cod. Unificado:
0301100144
Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 18/05/2026 16:28:16



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

CNS: 703 604 081 2199 35

CPF: 333.806.333-79

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Leandro Augusto Reis LEITO: _____

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: 14 / 05 / 26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO 09:00

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Doente com hipertensão arterial sistólica e diastólica
mas com dificuldade de controlar.
Solicita Av. de Hipertensão.

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400/TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Leonardo Araujo Brito Data Atd: / /
 Data Nascimento: Idade: Sexo: E. Civil:
 Convênio: Matricula: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos ☒	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco ☒	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

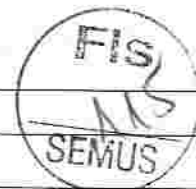
(* The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	15
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: / /
Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente com queimadura em pernas e coxas
após acidente de trânsito com carro. Sobito
 2 Exame Físico: 10 sessões de O2HB

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

LEONARDO ARAUJO BRITO

DATA NASCIMENTO

12/03/2014 – 12 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703604081219935

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98443-9203

CEP

65.922-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

18/05/2026

EM TRATAMENTO

☒ SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

02

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
18/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
19/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

37660

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:
2456672

Op. Solicitante:
KJP

Op. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:



UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR

Cod. CNES:
9415114

Endereço:
DOM CESARIO

Número:
170

Complemento:
SALA 2

Bairro:
MARANHÃO NOVO

Telefone:
99) 3524-4092

CEP:
65903-083

Município:
IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

Data e Horário de Atendimento:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

SEG • 04/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
704604647505229

Nome:
LETICIA ZIELAK RAPOSO

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
ANA VERONICA ZIELAK RAPOSO

Sexo:
FEMININO

Data Nascimento:
10/07/2003

Idade:
22 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

AMARELA

Nacionalidade:

Naturalidade:

ANANINDEUA - PA

Tipo de Logradouro:

Nome do Logradouro:

Número:

Complemento:

RUA

SAO BENTO

645

CEMAR MAE

Bairro:

Município de Residência:

CEP:

65907-080

NOVA IMPERATRIZ

IMPERATRIZ - MA

Telefone(s):

(99) 99140-2811 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

Data de Solicitação:

Data de Aprovação:

Vaga Solicitada:

Vaga Consumida:

665476477

04/05/2026

04/05/2026

1ª Vez

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

VALDIVINO

Diagnóstico Inicial:

CID:

Classificação de Risco:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

R68

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

Cod. Unificado:

Cod. Interno:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

0301100144

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 04/05/2026 16:23:26

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Letícia Finkler Ruyano LEITO: L-632
 DA CLÍNICA: Ortopedia PARA CLÍNICA: Hipertensão
 DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/04/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 13:00
 CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente em PO de protese comi-
nitiva, lesão de pé esquerdo

Dr. Valdeir Rocha Silva
 Médico - Ortopedia e Traumatologia
 CRM-MA 11038

Médico Solicitante
 (Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Enf. Daniela</u>	<u>28.04.26</u>	<u>10:05</u>	<u>P. cat. 201</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Marcelo L. Cangussu
 Médico
 CRM-MA 11038

Assinatura e Carimbo

Data 26/04/26 Horário: 11:40

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Leiana Zilsh Roso Data Atd: 28.10.26
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____



ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplemento p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	12
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 28.10.26

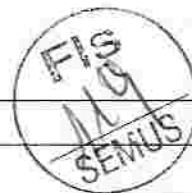
Dr. Mateus L. Cangulani
Médico
CRM-MA 11038

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Leiana com queimadura no
peito esquerdo e no braço direito
há 10 dias

2 Exame Físico: Leão ulcero com necrose
no peito

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

LETICIA ZIELAK RAPOSO

DATA NASCIMENTO

10/07/2003 – 22 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704604647505229

TELEFONE PARA CONTATO

(62)99989-2188

CEP

65.907-080

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

VALDIVINO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

04/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santos
Médico
CRM-MA/17425

Leticia Zielak Raposo

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	x Leticia Zielak Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	x Leticia Zielak Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	x Leticia Zielak Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	x Leticia Zielak Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	x Leticia Zielak Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
13/05/2026	x Leticia Zielak Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

18/05/2026	x Betícia Fielax Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	x Betícia Fielax Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
21/05/2026	x Betícia Fielax Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026	x Betícia Fielax Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

20491

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Telefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURAComplemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

TER • 26/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
704604647505229Nome da Mãe:
ANA VERONICA ZIELAK RAPOSO

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:
BRASILEIRANome:
LETICIA ZIELAK RAPOSOSexo:
FEMININORaça:
AMARELANaturalidade:
ANANINDEUA - PA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
10/07/2003Idade:
22 anosTipo de Logradouro:
RUANome do Logradouro:
SAO BENTOBairro:
NOVA IMPERATRIZMunicípio de Residência:
IMPERATRIZ - MANúmero:
645Complemento:
CEMAR MAECEP:
65907-080Telefone(s):
(99) 99140-2811 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
669814573Data de Solicitação:
26/05/2026Data de Aprovação:
26/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
FLAVIUS RIBEIRODiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACID:
R68Cod. Unificado:
0301100144Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOCod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 26/05/2026 11:20:09



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Delicir Zielak Roposo LEITO: _____
DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hiperbarco
DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____ HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Doente af. Fract. Lombar de Osso do p. +
traco lasso de partes moles. Bloco Av. p/
continuidade do tract. Hiperbarco

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10400/TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Dr. Mateus L. Sangussu
MÉDICO
CRM-MA 17036

Assinatura e Carimbo

Data 26/05/26 Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: LETICIA ZIELAK RAPOSO

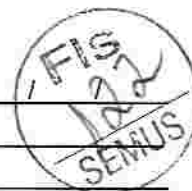
Data Atd: _____

Data Nascimento: 10/07/2003 Idade: 22 Sexo: FEMININO E. Civil: _____

Convênio: MUNICÍPIO CNS: 704604647505229 Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____



ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos ☒	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim ☒	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada ☒	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	☒ Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	13
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 26/05/26 Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

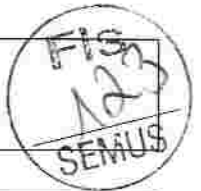
1 Anamnese:

Acumula com ferimento exposto e
lesão de partes moles.

2 Exame Físico:

limbo externo e não II.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

LETICIA ZIELAK RAPOSO

DATA NASCIMENTO

10/07/2003 – 22 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704604647505229

TELEFONE PARA CONTATO

(62) 99989-2188

CEP

65.911-769

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

04/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

01

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

* *Leticia Zielak Raposo*

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
28/05/2026	* <i>Leticia Zielak Raposo</i>	☒ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

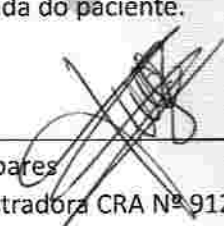
Justificativa de Múltiplas regulações

Paciente: LETICIA ZIELAK RAPOSO

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Informamos que as múltiplas regulações autorizadas **não representam cadastramento em duplicidade ou erro operacional**, mas sim a execução do plano terapêutico contínuo.

Ficou estabelecido que cada regulação equivale a um pacote de 10 sessões. Ao término do primeiro bloco, a paciente passou por reavaliação clínica obrigatória, na qual o médico assistente indicou a permanência no tratamento. Desta forma, a abertura de nova regulação é indispensável para dar segmento à assistência autorizada do paciente.



Eliete Soares
Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 15 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | 99182-4680 | 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

Chave de Confirmação:

95212**UNIDADE SOLICITANTE**

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

RENATAMARIASOL

Op. Autorizador:

RENATAMARIASOL

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUI • 14/05/2026 • 07:00hrs**DADOS DO PACIENTE**

CNS:

700506996310253

Nome:

LUAN COSTA DE SOUSA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

LUCILEIDE DA SILVA COSTA

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

20/09/2017

Idade:

8 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

CANTANHEDE - MA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

DO CAJUI

Número:

S/N

Complemento:

CASA

Bairro:

DO CAJUI

Município de Residência:

CANTANHEDE - MA

CEP:

65465-000

Telefone(s):

(98) 98414-2932 (*Exibir Lista Detalhada*)**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Código da Solicitação:

667604725

Data de Solicitação:

14/05/2026

Data de Aprovação:

14/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

ANA CAROLINA

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 14/05/2026 11:46:16

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Luam Pinto de Sousa (08 anos, P = 29 kg) LEITO: Colormana 50
DA CLÍNICA: Pediatria PARA CLÍNICA: Hipertensão
DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/05/2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com histórico ulceroso de 08 dias de evolução em pé esquerdo,
analisado e sem sinais infecciosos.
Solicito avaliação e conduto!
Grato.

Dra. Anna Carolina Morillas
Médica
CRM-MA 12313

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

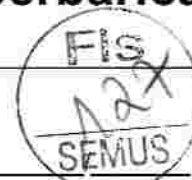
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Ranieri Menezes</u> <u>ENFERMEIRO</u>	<u>08/05/26</u>	<u>14:23h</u>	<u>Picatinha (cont)</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data 13/05/26 Horário: 10:10

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Luana Costa de Sousa Data Atd: 1
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos ☒	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca ☒	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	>10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		☒ Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	☒ Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

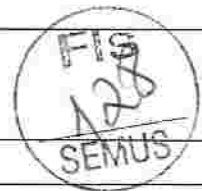
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	☒
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 13/05/16
 Médico: Matheus L. Congussu
 CRM: MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com ulcera infectada
em pé.

2 Exame Físico: lesão ulcerada, tecido necrótico
de cor escura

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

LUAN COSTA DE SOUSA

DATA NASCIMENTO

20/09/2017 - 8 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700506996310253

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98456-5363

CEP

65.465-000

NOME DO RESPONSÁVEL

x *Helaine Lote Silva*

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

x *079.896.387-54*

MÉDICO SOLICITANTE

ANA CAROLINA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

14/05/2026

EM TRATAMENTO

(x) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

28/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

x *Helaine Lote Silva*

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
<i>14/05/2026</i>	x <i>Helaine Lote Silva</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
<i>15/05/2026</i>	x <i>Helaine Lote Silva</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
<i>18/05/2026</i>	x <i>Helaine Lote Silva</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
<i>19/05/2026</i>	x <i>Helaine Lote Silva</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
<i>20/05/2026</i>	x <i>Helaine Lote Silva</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
<i>21/05/2026</i>	x <i>Helaine Lote Silva</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

25/05/2026	x	Mariane Lote Silva	☐ PACIENTE
			☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	x	Mariane Lote Silva	☐ PACIENTE
			☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	x	Mariane Lote Silva	☐ PACIENTE
			☒ RESPONSÁVEL
29/05/2026	x	Mariane Lote Silva	☐ PACIENTE
			☒ RESPONSÁVEL





AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

36912

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456572Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZARCod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIONúmero:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOTelefone:
99) 3524-4092CEP:
65903-083Município:
IMPERATRIZ - MAProfissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUI • 21/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
704008990555464Nome:
MARCOS ANTONIO SILVA FARIAS

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
JURACI DOS SANTOS SILVASexo:
MASCULINOData Nascimento:
26/01/1968Idade:
58 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:
SEM INFORMACAONacionalidade:
BRASILEIRA

Naturalidade:

Tipo de Logradouro:
INVALIDONome do Logradouro:
R PROJETADA B CASA 11 CONJ ISABELNúmero:
S/N

Complemento:

Bairro:
SANTA RITAMunicípio de Residência:
IMPERATRIZ - MACEP:
65900-970Telefone(s):
(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
668954337Data de Solicitação:
21/05/2026Data de Aprovação:
21/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
FLAVIUS RIBEIRODiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISCID:
R68Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACod. Unificado:
0301100144Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 21/05/2026 10:51:51



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CPF: 328.245.053-20
CNS: 304 0088 9055 5464



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

Cadeine

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Marques Antonio Silva Farias LEITO: 152

DA CLÍNICA: Cir. Vascular PARA CLÍNICA: Hiperensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Requerente, 58 anos, com histórico prévio de HAS em
admitido com quadro de hipertensão sintomática à @. Redu-
ção discreta sintomática desmido com fraco de pi @ em
11/05 e 14/05. Reduz com regularidade a qual a estabilização
de sangue de sangue. Solicito avaliação para realização
em Hiperensão.

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400/TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

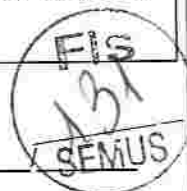
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Marcus Antonio Silva Data Atd: 1
 Data Nascimento: Idade: 58 Sexo: E. Civil:
 Convênio: Matrícula: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim ☒	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

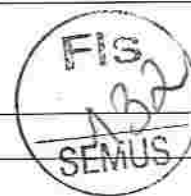
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	24
GIV > 31 pontos	

Data: 1
Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com quadro de pé diabético infeccioso e realizar desbridamento podiátrico

2 Exame Físico: to 10 pessoas de OAB

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

MARCOS ANTONIO SILVA FARIAS

DATA NASCIMENTO

26/01/1968 – 58 ANOS

CARTÃO NASCIONAL DE SAÚDE (CNS)

704008890555464

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 99101-9413

CEP

65.915-060

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

21/05/2026

EM TRATAMENTO

☒ SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

05

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
21/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
28/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
29/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

53380

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: Cod. CNES:

CICATRIZAR 9415114

Endereço: Número:

DOM CESARIO 170

Telefone: CEP:

99) 3524-4092 65903-083

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 25/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
708106524866931Nome da Mãe:
MARIA MENDES DE SOUSA

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

AVENIDA

Bairro:

CENTRO

Telefone(s):

(99) 8432-0504 (Exibir Lista Detalhada)

Nome:

MARIA DALVA MENDES DE SOUSA

Sexo:

FEMININO

Raça:

PARDA

Naturalidade:

SÍTIO NOVO - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:

02/05/1968

Idade:

58 anos

Nome do Logradouro:

CASTELO BRANCO

Município de Residência:

AMARANTE DO MARANHÃO - MA

Número:

221

Complemento:

CEP:

65923-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

669607863

Data de Solicitação:

25/05/2026

Data de Aprovação:

25/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 25/05/2026 15:03:45



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNS: 708 3065 2486 6931

CPF: 023.228.933-60



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Maria Dalva Mendes de Sousa LEITO: _____

DA CLÍNICA: Ortopedia PARA CLÍNICA: Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: 12 / 05 / 2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 08:14

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente internada devido a fratura fechada de perna direita.
Solicita avaliação para hipertensão.

Dr. Flávio Ribeiro Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400 / TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

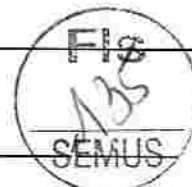
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Maria Helena Mendes de Souza Data Atd: 1
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

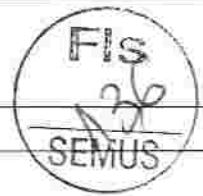
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	23
GIV > 31 pontos	

Data: 1
Dr. Mateus D. Congussu
 Médico
 CRM-MA-11034
 Médico: (identificação com assinatura e CRM)

1 Anamnese: Paciente em tratamento de quadro grave de artrite séptica de joelho D. Com persistência de sinais locais.

2 Exame Físico: Sindicato 10 pessoas de OHB - fraturas no tratamento.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

MARIA DALVA MENDES DE SOUSA

02/05/1968 – 58 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

708106524866931

(99) 98432-0504

65.923-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

FLAVIUS R. LANA

CRM-MA

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

25/05/2026

(x) SIM () NÃO

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

02

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Maria Dalva Mendes de Sousa

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
25/05/2026	Maria Dalva Mendes de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	Maria Dalva Mendes de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

43010

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

HNI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

QUI • 07/05/2026 • 07:00hrs

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

706201537536364

Nome:

MARIA DE FATIMA SOUSA DE ALMEIDA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

SANDRA LOPES DE SOUSA

Sexo:

FEMININO

Data Nascimento:

02/09/2006

Idade:

19 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

JOAO LISBOA - MA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

PRESIDENTE GETULIO VARGAS

Número:

2500

Complemento:

Bairro:

VILA SAO JOAO

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

CEP:

00000-000

Telefone(s):

(99) 99101-5066 (*Exibir Lista Detalhada*)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

666318481

Data de Solicitação:

07/05/2026

Data de Aprovação:

07/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

GILBERTO REIS

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 07/05/2026 15:21:54



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PRESIDENTURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

CNS: 706 2035 3753 6364

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Maria de Fátima Sousa Almeida LEITO: 531

DA CLÍNICA: Clin. Plástica PARA CLÍNICA: OKB

DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/05/2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA ☐ NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de lesão por fogo
envolvendo a queimadura de 2^o e 3^o graus
em mmii.

Solicito avaliação e possibilidade de
realização de cirurgia de OKB.

Dr. Gilberto de L. Reis
Cirurgião Plástico
CRM 5062 / RQE 905
Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Dr. Marcos L. Congussu
MÉDICO
CRM 11036
Assinatura e Carimbo

Data 05/05/26 Horário: 13:30

CUS: 706 201537536364

P5 531



Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Maria de Fátima Sousa Almeida Data Atd: 05.05
 Data Nascimento: 02/01/06 Idade: 19 Sexo: F E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: Rua Presidente Getúlio Vargas Bairro: São João
 Cidade: Temperleiz Cep.: _____ Hospital: HUI

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal X
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm X
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim X	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

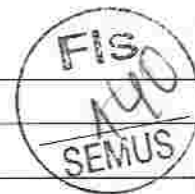
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	40
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 05.05.26
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Queimadura com queimadura em MMJJ.
Lesão 2º grau
 2 Exame Físico: Queimadura de 2º grau em MMJJ.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA SOUSA DE ALMEIDA

DATA NASCIMENTO

02/09/2006 – 19 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002923400579

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99191-8363

CEP

00000-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

GILBERTO REIS

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

5862

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

07/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:



Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

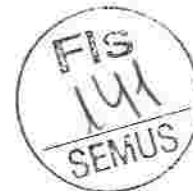
CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
07/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
12/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
13/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
14/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
15/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

18/05/2026	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
19/05/2026	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
21/05/2026	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

55401

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 25/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

706201537536364

Nome:

MARIA DE FATIMA SOUSA DE ALMEIDA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

SANDRA LOPES DE SOUSA

Sexo:

FEMININO

Data Nascimento:

02/09/2006

Idade:

19 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

JOAO LISBOA - MA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

PRESIDENTE GETULIO VARGAS

Número:

2500

Complemento:

Bairro:

VILA SAO JOAO

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

CEP:

00000-000

Telefone(s):

(99) 99101-5066 ([Verificar Lista Detalhada](#))

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

669658917

Data de Solicitação:

25/05/2026

Data de Aprovação:

25/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

7/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 25/05/2026 16:59:08



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Maria de Estima Sousa Almeida LEITO: _____
DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: _____
DATA DA SOLICITAÇÃO: 24.05.26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de fratura de osso
M.M.II, 2º grau que se estende de pe
nte região supra patelar.
Solicito avaliação p/ DHB.

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400 / EOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
Assinatura e Carimbo

Data ____ / ____ / ____ Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

FIS
143
SEMIUS

Paciente: MARIA DE FATIMA SOUSA DE ALMEIDA Data Atd: _____
 Data Nascimento: 02/09/2006 Idade: 19 Sexo: FEMININO E. Civil: _____
 Convênio: MUNICÍPIO CNS: 898002923400579 Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

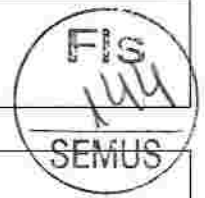
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Montero, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	13
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 1/1
 Dr. Mateus L. Congussu
 MEDICO
 CRM MA 11036
 Médico responsável com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com quadro de queimadura em membros
 2 Exame Físico: Queimadura de 1º e 2º graus na região posterior. Solicito 20 sessões de OHP.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA SOUSA DE ALMEIDA

DATA NASCIMENTO

02/09/2006 - 19 ANOS

CARTÃO NASCIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002923400579

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 99191-8363

CEP

00000-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS R. LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

07/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

05

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
25/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
28/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
29/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Justificativa de Múltiplas regulações

Paciente: Maria de Fatima Sousa de Almeida

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Informamos que as múltiplas regulações autorizadas **não representam cadastramento em duplicidade ou erro operacional**, mas sim a execução do plano terapêutico contínuo.

Ficou estabelecido que cada regulação equivale a um pacote de 10 sessões. Ao término do primeiro bloco, a paciente passou por reavaliação clínica obrigatória, na qual o médico assistente indicou a permanência no tratamento. Desta forma, a abertura de nova regulação é indispensável para dar segmento à assistência autorizada do paciente.



Eliete Soares
Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 15 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | ☎ 99182-4680 | ☎ 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

71320

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KIPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: Cod. CNES:

CICATRIZAR 9415114

Endereço: Número:

DOM CESARIO 170

Telefone: CEP:

99) 3524-4092 65903-083

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 25/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
703209670080298Nome da Mãe:
ROSA PAULINO DE SOUSA

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:
BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

CINCO IRMÃOS

Telefone(s):

(99) 99158-7526 (Exibir Lista Detalhada)

Nome:
MARIA DE SOUSA FERREIRASexo:
FEMININORaça:
PARDANaturalidade:
PEDREIRAS - MA

Nome do Logradouro:

BOA ESPERANÇA

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
17/10/1937Idade:
88 anos

Número: Complemento:

11

CEP:

65904-350

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

669608966

Data de Solicitação:

25/05/2026

Data de Aprovação:

25/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

MAURICIO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 25/05/2026 15:05:49

cadeiro.

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Maria de Sousa ferreira LEITO: 413
DA CLÍNICA: Clínica Médica PARA CLÍNICA: Câmara hiperbárica
DATA DA SOLICITAÇÃO: 20 / 05 / 26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente evolui com febre, dor em membro inferior direito, associado a sinais flogísticos edema e lesão no pé direito, no dia 12/05/26. No dia 14/05/26 foi admitida na internação ainda com empastamento de panturrilha direita, sinais flogísticos e assimetria importante entre os membros. Hoje, dia 20/05/26, foi avaliado MID, observou-se diminuição do edema e início de descamação importante da pele. Portanto, encaminho para 10 sessões de câmara hiperbárica. Sem sinais de TVP. ID: Celulite MID

Mauricio J. Casanova
Médico Infectologista - RQE 7111
Clínica Médica - RQE 406
CRM-MA 3157
Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Enf. Willane</u>	<u>20/05</u>	<u>11:38</u>	<u>Imperatriz</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

FIS
148
SEMUS

Paciente: MARIA DE SOUSA FERREIRA Data Atd: / /
 Data Nascimento: / / Idade: Sexo: FEMININO E. Civil:
 Convênio: MUNICÍPIO CNS: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco ☒	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Estêves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suppl 1 p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	20
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

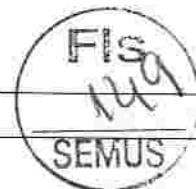
Data: 5.05.2016 **Dr. Mateus L. Congosto**
MEDICO
CRM-MA 11036

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente com fratura em MTE
há lesão e hiperemia

2 Exame Físico: lesão extensa em MTE, hiperemia

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

MARIA DE SOUSA FERREIRA

DATA NASCIMENTO

17/10/1937 - 88 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20051965550018

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 99183-2687

CEP

65.904-350

NOME DO RESPONSÁVEL

* Mikaelly Ferreira Santos

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

* 113.028.573-12

MÉDICO SOLICITANTE

MAURICIO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

27/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de junho de 2026, o paciente acima foi submetido a:

03

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

* Mikaelly Ferreira Santos

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
27/05/2026	* Mikaelly Ferreira Santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	[Assinatura]	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
29/05/2026	Mikaelly Ferreira Santos	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMB

Chave de Confirmação:
15097

Cod. CNES:
2456672

Op. Solicitante:
RENATAMARIASOL

Op. Autorizador:
RENATAMARIASOL

Op. Videofonista:



Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR

Endereço:
DOM CESARIO

Telefone:
99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Cod. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Complemento:
SALA 2

Bairro:
MARANHÃO NOVO

Município:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 20/05/2026 • 07:00hrs

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
22/06/1995

Idade:
30 anos

DADOS DO PACIENTE

CNS:

708400383734270

Nome da Mãe:

EDINA MARIA LIMA GOMES

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

NOVA IMPERATRIZ

Telefone(s):

(98) 98249-4969 (Exibir Lista Detalhada)

Nome:

RAPHAEL WANDERSON GOMES RODRIGUES

Sexo:

MASCULINO

Raça:

PARDA

Naturalidade:

SAO LUIS - MA

Nome do Logradouro:

FORTUNATO BANDEIRA

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Número:

199

CEP:

65900-001

Complemento:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

668839233

CPF Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Data de Solicitação:

20/05/2026

Profissional Solicitante:

FLAVIUS

Data de Aprovação:

20/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 20/05/2026 17:40:15



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALIS

PACIENTE: Raphael Wanderson Gomes LEITO: _____
DA CLÍNICA: HMI PARA CLÍNICA: CICATRIZAP
DATA DA SOLICITAÇÃO: 14/10/2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito avaliação para tratamento de oxigeno-
terapia hiperbárica. História: PO de Apendicistomia.

Dr. Flávio Roberto Luna
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400 / TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____ Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Raphael Wandererson Gomes Data Atd: / /
 Data Nascimento: Idade: Sexo: E. Civil:
 Convênio: Matrícula: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S. V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	19
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 15/05/26

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente em R.O. de fraturas de membros inferiores
abertos de exposição de pele por necrose + ausência
 2 Exame Físico: de pulso + grande volume de secreção serosa. Sólido
10 pontos de Hb p/ oxigênio no tratamento.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

RAPHAEL WANDERSON GOMES RODRIGUES

DATA NASCIMENTO

22/06/1995 – 30 ANOS

CARTÃO NASCIONAL DE SAÚDE (CNS)

708400383734270

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98438-0516

CEP

65.907-010

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

20/05/2026

EM TRATAMENTO

☒ SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

09

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
21/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

28/03/2026	x	Q	☒ PACIENTE
			☐ RESPONSÁVEL
29/05/2026	x	Q	☒ PACIENTE
			☐ RESPONSÁVEL
30/05/2026	x	Q	☒ PACIENTE
			☒ RESPONSÁVEL
	x	Q	☐ PACIENTE
			☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

21677

UNIDADE SOLICITANTE

Nome: HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES: 2456672

Op. Solicitante: KJP

Op. Autorizador: KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: Cod. CNES:

CICATRIZAR 9415114

Endereço: Número:

DOM CESARIO 170

Telefone: CEP:

99) 3524-4092 65903-083

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Complemento: SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

TER • 12/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700006521921503

Nome da Mãe:

LUCIA LIMA CARDOSO

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

BACURI

Telefone(s):

(99) 9148-3896 (Exibir Lista Detalhada)

Nome:

ROSTMAR LIMA CARDOSO

Sexo:

FEMININO

Raça:

BRANCA

Naturalidade:

JOSELANDIA - MA

Nome do Logradouro:

ALVORADA

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:

19/09/1961

Idade:

64 anos

Número:

S/N

Complemento:

CEP:

65916-070

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

666947154

CPF Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Data de Solicitação:

12/05/2026

Profissional Solicitante:

MAURICIO

Data de Aprovação:

12/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 12/05/2026 08:41:53



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: ROSIMAR LIMA CARDOSO LEITO: 412

DA CLÍNICA: MÉDICA PARA CLÍNICA: HIPERBÁRICA

DATA DA SOLICITAÇÃO: 07/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO 11:00

CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE 64 ANOS, PORTADORA DE DM II EVOLUIU COM
SÍNDROME DE FOURNIER. HOVE IMPLANTAÇÃO DE COLOSTO-
MIA À ESQUERDA. PACIENTE ESTÁVEL, FERIDA PURULENTA.
SOLICITO CÂMARA HIPERBÁRICA 10 SESSÕES.

Maurício J. Casanova
Médico Infectologista - RQE 7111
Clínica Médica - RQE 406
CRM-MA 3157
Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Enf. Marcelo</u>	<u>07/05</u>	<u>12h</u>	<u>Imperatriz</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo:

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: ROSIMAR LIMA CARDOSO Data Atd: _____
 Data Nascimento: _____ Idade: 64 Sexo: FEMININO E. Civil: _____
 Convênio: MUNICIPIO CNS: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim ☒	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	>10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sím	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim ☒
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim ☒

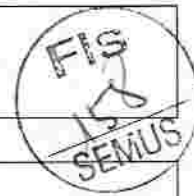
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M.Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	26
GIV > 31 pontos	

Data: ____/____/____
 Dr. Mateus L. Congussu
 MÉDICO
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)
 CRM-MA 17036

1 Anamnese: paciente apresentando queixa de dor
de caráter crônico e progressivo de caráter
 2 Exame Físico: na 3000

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ROSIMAR LIMA CARDOSO

DATA NASCIMENTO

19/09/1961 – 64 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700006521921503

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98402-0339

CEP

65.916-070

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Maurily Cardoso Silva

68542704304

MÉDICO SOLICITANTE

MAURICIO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

11/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Maurily Cardoso Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
11/05/2026	Maurily Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
12/05/2026	Maurily Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	Maurily Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	Maurily Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
15/05/2026	Maurily Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
20/05/2026	Maurily Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

21/05/2026	Neurely Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
22/05/2026	Neurely Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
25/05/2026	Neurely Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
26/05/2026	Neurely Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL



Justificativa de Regulação

Paciente: Rosimar Lima Cardoso

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Data de Início do Tratamento: 11/05/2026

Data da Inserção no SISREG: 12/05/2026

Vimos por meio desta justificar a regulação da paciente **Rosimar Lima Cardoso** no Sistema de Regulação (SISREG) no dia **12/05/2026**, referente ao início do tratamento de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) ocorrido em **11/05/2026**.

Na referida data (11/05/2026), o Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) enfrentou uma instabilidade no serviço de conectividade com a internet, o que impossibilitou o acesso aos sistemas de informação operacionais e o lançamento no SISREG em tempo real.

Assim que a conexão de rede foi restabelecida nas dependências da unidade hospitalar, a equipe responsável realizou prontamente a inclusão dos dados da paciente no sistema no dia subsequente (12/05/2026).

Diante do exposto, solicitamos a validação do procedimento a partir da data efetiva de início do tratamento (11/05/2026), garantindo a conformidade dos registros administrativos e assistenciais da paciente.



Eliete Soares

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 14 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | 99182-4680 | 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

73863

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 27/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700006521921503

Nome:

ROSIMAR LIMA CARDOSO

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

LUCIA LIMA CARDOSO

Sexo:

FEMININO

Data Nascimento:

19/09/1961

Idade:

64 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

BRANCA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

JOSELANDIA - MA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

ALVORADA

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

BACURI

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

CEP:

65916-070

Telefone(s):

(99) 9148-3896 (*Exibir Lista Detalhada*)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

670005262

Data de Solicitação:

27/05/2026

Data de Aprovação:

27/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/05/2026 08:22:26



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFETURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Flaviano Lima Cardoso LEITO: _____

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com lesão infectada
em região de peroneo, mão hi-
persecretiva.

Solicito avaliação p/ OHS.

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400 / TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Dr. Mateus L. Cangussu
MÉDICO
CRM-MA 11036

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: ROSIMAR LIMA CARDOSO Data Atd: _____
 Data Nascimento: 19/09/1961 Idade: 64 Sexo: FEMININO E. Civil: _____
 Convênio: MUNICÍPIO CNS: 700006521921503 Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim ☒
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim ☒

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	20
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: _____
 Dr. Mateus L. Cangussu
 MÉDICO
 CRM-MA 11034
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com história de fratura

2 Exame Físico: sem retorno, solicitou 10 sessões
de OHTB

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ROSIMAR LIMA CARDOSO

DATA NASCIMENTO

19/09/1961 - 64 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700006521921503

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98402-0339

CEP

65.916-070

NOME DO RESPONSÁVEL

Neurely Cardoso Silva

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

x 685427-04309

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS R. LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

11/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

02

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Neurely Cardoso Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
27/05/2026	Neurely Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	Neurely Cardoso Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

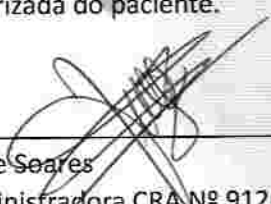
Justificativa de Múltiplas regulações

Paciente: Rosimar Lima Cardoso

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Informamos que as múltiplas regulações autorizadas **não representam cadastramento em duplicidade ou erro operacional**, mas sim a execução do plano terapêutico contínuo.

Ficou estabelecido que cada regulação equivale a um pacote de 10 sessões. Ao término do primeiro bloco, a paciente passou por reavaliação clínica obrigatória, na qual o médico assistente indicou a permanência no tratamento. Desta forma, a abertura de nova regulação é indispensável para dar segmento à assistência autorizada do paciente.



Eliete Soares

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 15 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | 99182-4680 | 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

Chave de Confirmação:

38816

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

HMT HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

RENATAMARIASOL

Op. Autorizador:

RENATAMARIASOL

Op. Videofoneia:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUI • 14/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

706403119115681

Nome da Mãe:

MARICOTA RODRIGUES CHAVES

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

POV GROTA DO MEIO

Telefone(s):

(99) 99193-1290 (Exibir Lista Detalhada)

Nome:

SENADOR ELIZEU DE MORAES

Sexo:

MASCULINO

Raça:

PARDA

Naturalidade:

LAGO DA PEDRA - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:

30/04/1947

Idade:

79 anos

Nome do Logradouro:

PARA

Município de Residência:

SAO MIGUEL DO TOCANTINS - TO

Número:

114

Complemento:

CASA

CEP:

77925-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

667575802

Data de Solicitação:

14/05/2026

Data de Aprovação:

14/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

REGINALDO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

A RESOLUÇÃO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 14/05/2026 10:50:55



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

706403119115681

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Servador Elicen de Moraes LEITO: 301
DA CLÍNICA: Médica PARA CLÍNICA: Hiperbárica
DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 09:00
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente de 48 anos, internado neste hospital há 12 dias devido TCE moderado (queda de rede) associada à infecção em MMTI (E), erisipelo bolhoso. El has respecta a antibioticoterapia el Vancomicina e Meropenem. Atualmente el placas eritematosas, el perda parcial do derme, presença de úlceras superficiais e exudativas el has erisipelo - púra el presença de algumas picas el erisipelo.
Solicitado 10 sessões de hiperbárica como tratamento complementar de cicatrização.
Justo!

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>enf Renata</u>	<u>13/05</u>	<u>9:00</u>	<u>cicatrizar</u>
			<u>crante</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data

13/05/26

Horário:

11:20

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

167
SEMIUS

Paciente: Senador Elzen de Moraes Data Atd: 13.05.26
Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado ☒	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim ☒
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco ☒	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	23
GIV > 31 pontos	

Data: 13.05.26
Médico: (identificação com assinatura e carimbo)
[Assinatura]
Carimbo: *[Circular]*

1 Anamnese: Paciente com lesão exposta estufa
em pé no B.

2 Exame Físico: lesão exposta, limpa e curada

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

SENADOR ELIZEU DE MORAIS

DATA NASCIMENTO

30/04/1947 – 79 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706403119115681

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98456-5363

CEP

77.925-000

NOME DO RESPONSÁVEL

Dr. IVAN Lima de Moraes

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

100089090322

MÉDICO SOLICITANTE

REGINALDO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

14/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

10

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Dr. IVAN Lima de Moraes

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
14/05/2026	Dr. IVAN Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
15/05/2026	Dr. IVAN Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
18/05/2026	Dr. IVAN Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
19/05/2026	Dr. IVAN Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
20/05/2026	Dr. IVAN Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
21/05/2026	Dr. IVAN Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

25/05/2026	Grívan Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
26/05/2026	Grívan Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	Gríva Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	Gríva Lima de Moraes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL



Chave de Confirmação:

20486**UNIDADE SOLICITANTE**

Unidade Solicitante:	Cód. CNES:	Op. Solicitante:	Op. Videofonista:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ	2456672	RENATAMARIASOL	---

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:	Cód. CNES:	Op. Autorizador:	Vaga Consumida:
CICATRIZAR	9415114	RENATAMARIASOL	1ª Vez
Endereço:	Número:	Complemento:	Data Aprovação:
DOM CESARIO	170	SALA 2	29/05/2026
Telefone:	CEP:	Bairro:	Município:
99) 3524-4092	65903-083	MARANHAO NOVO	IMPERATRIZ
Profissional Executante:	Data e Horário de Atendimento:		
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA	SEX • 29/05/2026 • 07h00min		

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

706403119115681

Nome do Paciente

SENADOR ELIZEU DE MORAES

Nome da Mãe

MARICOTA RODRIGUES CHAVES

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

114

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 99193-1290 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

30/04/1947 (79 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Município de Nascimento:

LAGO DA PEDRA - MA

Logradouro:

PARA

Complemento:

CASA

Bairro:

POV GROTA DO MEIO

CEP:

77925-000

Município de Residência:

SAO MIGUEL DO TOCANTINS - TO

DADOS DA SOLICITAÇÃO**Código da Solicitação:**

670682886

Situação Atual:

AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMAÇÃO / EXECUTANTE

CPF do Médico Solicitante:

CRM:

NULL

Nome Médico Solicitante:

REGINALDO

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Data Desejada:

Data Solicitação:

29/05/2026

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 13/07/2026 14:48:20



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Serrador Elizes de Moraes LEITO: _____
DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hipertensão
DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/05/2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Doente de 78 anos, internado há 12 dias devido
TC e radiografia mostrando a presença em mm II (E),
osteólise bolha com lesão profunda e osteólise profunda.
Atualmente com placas extensoras e/ou perda parcial
do dente.

Soluto avaliação para fratura de osso hipotênica

Dr. Flávio Ribeiro Land
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.000.700-14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: SENADOR ELIZEU DE MORAIS Data Atd: / /
 Data Nascimento: 30/04/1947 Idade: 79 anos Sexo: Masculino E. Civil:
 Convênio: MUNICÍPIO CNS: 706403119115681 Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	<u>○</u>	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	<u>○</u>	<u>Sim</u>	
Hipertensão arterial sistêmica	<u>○</u>	Sim	
Queimadura	<u>○</u>	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	<u>○</u>	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	<u>○</u>	Moderada	Intensa
Choque	<u>○</u>	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	<u>Acentuada</u>
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	<u>5-10 cm</u>	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	<u>< 2 cm</u>	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	<u>5-10 cm</u>	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	<u>○</u>	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	<u>○</u>		Sim
Lesão aguda	<u>○</u>	<u>Sim</u>	
Lesão Crônica	<u>○</u>		Sim
FQ Alteração linfática	<u>○</u>	Sim	
Amputação / Desbridamento	<u>Em risco</u>	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	<u>○</u>	Sim	
Ventilação Mecânica	<u>○</u>	Sim	
Períneo / Mama / Face	<u>○</u>		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 29/05/26

Dr. Gabriel de Santana
Medico
CRM-MA 17425

Médico: (Identificação com assinatura e carimbo)

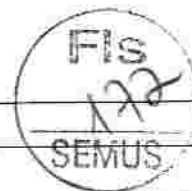
1 Anamnese:

Paciente internado devido tce evolui com infecção em membros inferiores esquerdo com perda parcial do dente.

2 Exame Físico:

Solu. 10 dias de Oxigenoterapia Hiperbárica.

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

SENADOR ELIZEU DE MORAIS

DATA NASCIMENTO

30/04/1947 - 79 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706403119115681

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98456-5363

CEP

77.925-000

NOME DO RESPONSÁVEL

IRIVAN LIMA DE MORAIS

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

00089090322

MÉDICO SOLICITANTE

REGINALDO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

14/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

01

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santa
Médico
CRM-MA 17421

Irivan Lima de Moraes

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☐ PACIENTE
29/05/2026	Irivan Lima de Moraes	☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Justificativa de Múltiplas regulações

Paciente: Senador Elizeu de Moraes

Procedimento: Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB)

Informamos que as múltiplas regulações autorizadas **não representam cadastramento em duplicidade ou erro operacional**, mas sim a execução do plano terapêutico contínuo.

Ficou estabelecido que cada regulação equivale a um pacote de 10 sessões. Ao término do primeiro bloco, a paciente passou por reavaliação clínica obrigatória, na qual o médico assistente indicou a permanência no tratamento. Desta forma, a abertura de nova regulação é indispensável para dar segmento à assistência autorizada do paciente.

Eliete Soares

Administradora CRA Nº 9126 – MA

Imperatriz – MA 15 de julho de 2026.

(99) 3524-4092 | 99182-4680 | 98121-2736
Rua Dom Cesário, 170 | Maranhão Novo | Imperatriz-MA

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

18881

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 20/05/2026 • 07:00hrs

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704801532237642

Nome:

TEODORO GONCALVES DA SILVA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

RITA GONCALVES DA SILVA

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

02/10/1959

Idade:

66 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

CAROLINA - MA

Tipo de Logradouro:

FAZENDA

Nome do Logradouro:

SANTA LUZIA

Número:

Complemento:

CASA

Bairro:

ZONA RURAL

Município de Residência:

CAROLINA - MA

CEP:

65980-000

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

668699548

Data de Solicitação:

20/05/2025

Data de Aprovação:

20/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 20/05/2026 11:21:03



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

CPF: 403.258.743 - 91

CNS: 7048015 3223 7642 Cadena

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Teodoro Gonçalves da Silva LEITO: 206
DA CLÍNICA: Ortopedia PARA CLÍNICA: Ortopedia
DATA DA SOLICITAÇÃO: 19.05.20 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com Traumatismo por Q.E. e/
Fract. Exp. do 5º DCT o qual ele
usou gesso. Bloco Ao. p/ Hyperbolic
no seguimento.

Dr. Flávio Roberto Lana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10400/TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado

Data

Horário

Contato

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data ____ / ____ / ____ Horário: ____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

FIS
176
SEMUS

Paciente: Teodoro Gonçalves da Silva Data Atd: / /
Data Nascimento: Idade: Sexo: E. Civil:
Convênio: Matricula: Telefone:
Endereço: Bairro:
Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon, Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

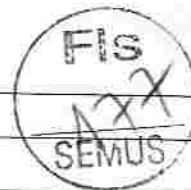
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	18
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data:
Dr. Mateus L. Cançassu
MÉDICO
CRM-MA 11036
Médico (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente C/ Trauma em L² e lesão exposta de 5-6cm de comprimento no AO. O paciente apresenta de lesão. Não realizou de 10 dias de C/H.

2 Exame Físico:

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

TEODORO GONÇALVES DA SILVA

DATA NASCIMENTO

02/10/1959 - 66 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704801532237642

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98145-2965

CEP

65.980-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

+ Deussilene Arruda da Silva

+ 032.307.443-06

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

20/05/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

07

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MR 17425

+ Deussilene Arruda da Silva

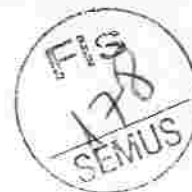
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
20/05/2026	+ Deussilene Arruda da Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
24/05/2026	+ Deussilene Arruda da Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
25/05/2026	+ Deussilene Arruda da Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
26/05/2026	+ Deussilene Arruda da Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	+ Deussilene Arruda da Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	+ Deussilene Arruda da Silva	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

29/05/2026	Deusilene Oliveira dos Silva	☐ PACIENTE
	U	☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

12475

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
99) 3524-4092
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURACod. CNES:
9415114
Número:
170
CEP:
65903-083Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

TER • 26/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700807494241482
Nome da Mãe:
SIMONE FERREIRA RESPLANDES
Tipo Sanguíneo:
---Nome:
VINICIUS RESPLANDES DE SOUSA
Sexo:
MASCULINO
Raça:
PARDA
Naturalidade:
SÍTIO NOVO - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
27/08/2008Idade:
17 anosacionalidade:
BRASILEIRATipo de Logradouro:
ALAMEDA
Bairro:
VILA JARDIM POMPEIANome do Logradouro:
CONTORNO
Município de Residência:
GOIANIA - GONúmero:
S/N
CEP:
74690-020
Complemento:
QD 46 LT 10Telefone(s):
(99) 98557-3034 (*Exibir Lista Detalhada*)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação: **669717425**
Data de Solicitação: 26/05/2026
Data de Aprovação: 26/05/2026
Vaga Solicitada: 1ª Vez
Vaga Consumida: 1ª VezCPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
VALDIVINODiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACID:
R68
Cod. Unificado:
0301100144
Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 26/05/2026 08:49:34

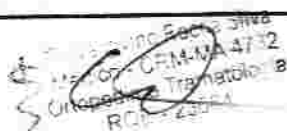
SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Uinicius Reginaldo de Souza LEITO: 1611
DA CLÍNICA: ORTOPEDIA PARA CLÍNICA: Co. Hipertensão
DATA DA SOLICITAÇÃO: 17.05.2022 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA ☒ NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente sexo MM afiro 77 Anos POS OP
previo AT plano dir. Apresenta
Exposicao do membro de antea +
fechura.
Solicito Avaliacao CAMADA Hipertensao



COPIA
C.R.M. 4732
Cirurgião Traumatologista
Rômulo Silva

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Esp. Roberto</u>	<u>17/05</u>	<u>10h12</u>	<u>Dº Roberto</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: VINICIUS RESPLANDES DE SOUSA Data Atd: _____
 Data Nascimento: ____/____/____ Idade: 17 Sexo: MASCULINO E. Civil: _____
 Convênio: MUNICÍPIO CNS: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos ☒	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada ☒	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

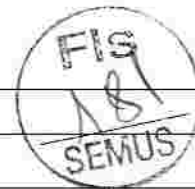
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	<u>17</u>
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 25.05.26 Mateus L. Congussu
 MEDICO
 CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente em PO por lesão extensa em m. b.

2 Exame Físico: lesão extensa em áreas de fendas
unhas onicomicose

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

VINICIUS RESPLANDES DE SOUSA

DATA NASCIMENTO

27/08/2008 – 17 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700807494241482

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98557-3034

CEP

74.690-020

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

x Simone Ferreira Resplandes

x 026334223-90

MÉDICO SOLICITANTE

VALDIVINO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

26/05/2026

EM TRATAMENTO

(x) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

03

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

x Simone Ferreira Resplandes

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
26/05/2026	x Simone Ferreira Resplandes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	x Simone Ferreira Resplandes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	x Simone Ferreira Resplandes	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

Chave de Confirmação:

41444 ✓

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Cód. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Videofone:

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07h00min ✓

Op. Autorizador:

KJP

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

27/04/2026

Município:

IMPERATRIZ

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704508396764517 ✓

Nome do Paciente

AMANDA BARRETO DE SOUZA ✓

Nome da Mãe

ZABEL BARRETO DA COSTA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

17

Pais de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(94) 99178-1284 • (94) 99241-5282 • (94) 99140-4348 • (94) 99178-1284 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Raça:

PARDA

Município de Nascimento:

MARABA - PA

Logradouro:

O

Bairro:

NOVA MARABA

Município de Residência:

MARABA - PA

Data de Nascimento:

22/03/1997 (29 anos)

Sexo:

FEMININO

Tipo Sanguíneo:

Complemento:

(KM 7)

CEP:

68504-130

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664252897 ✓

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

CRM:

NULL

Nome Médico Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Cód. Unificado:

0301100144

Data Solicitação:

27/04/2026

Cód. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 25/05/2026 15:47:05



Secretaria Municipal da Saúde/SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNS: 704 5083 5676 4517

CPF: 036 570 432-74



PREFEITURA MUNICIPAL DE
IMPERATRIZ

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: <u>Francisco Carlos de Souza</u>	LEITO: <u>639</u>
DA CLÍNICA: _____	PARA CLÍNICA: <u>Hipertensão</u>
DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>13.09.20</u>	HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: <u>09.00h.</u>
CARÁTER DA AVALIAÇÃO: ☐ URGÊNCIA ☐ NÃO URGENTE	

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente em tratamento de hipertensão de
longa data com fármacos e cultura
de controle da doença multicomplexa.
Apresenta sintomas.

Dr. Flávio Ribeiro Lima
Oncologia e Transfusão
CRM-MA 10401701 14556
Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo: _____

Data: 13 / 09 / 20 Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls. 184
SEMUS



Data Atd: 23/04/2016

Paciente: AMANDA BARRETO DE SOUZA

Data Nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: FEMININO

E. Civil: _____

Convênio: MUNICÍPIO

CNS: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Cep: _____

Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	< 30% superfície corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada <u>X</u>	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm <u>X</u>
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm <u>X</u>
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm <u>X</u>
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim <u>X</u>	
Lesão Crônica	-		Sim
EQ Alteração infática	-	Sim	
Amputação / Desmembremento	Em risco	Planejada <u>X</u>	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Perneo / Mama / Face	-		Sim

(*): The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S. V. Trivellato, J. A. Montano, C. H. Esteves, L. M. Menegazzo, M. R. Sousa, L. A. Bodoni. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	<u>II</u>
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 23/04/2016

Dr. Mateus Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036

Médico (Identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

Paciente com queimadura em
dois membros superiores.

2 Exame Físico:

Lesões em membros superiores

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

AMANDA BARRETO DE SOUZA

DATA NASCIMENTO

22/03/1997 – 29 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704508396764517

TELEFONE PARA CONTATO

(94) 99178-1284

CEP

65.918-015

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS R. LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

28/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

08

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santiago
Médico
CRM-MA 17425

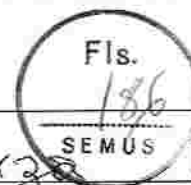
Amanda Barreto de Souza

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	<i>Amanda Barreto de Souza</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Amanda Barreto de Souza</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Amanda Barreto de Souza</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Amanda Barreto de Souza</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	<i>Amanda Barreto de Souza</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
↓ 10/05/2026	<i>Amanda Barreto de Souza</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



12/05/2026	Amanda Barreto de Souza	☒ PACIENTE
13/05/2026	Amanda Barreto de Souza	☒ RESPONSÁVEL
		☒ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

51828

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
99) 3524-4092
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURACod. CNES:
9415114
Número:
172
CEP:
65903-083Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA
Data e Horário de Atendimento:**QUA • 29/04/2026 • 07:00hrs**

DADOS DO PACIENTE

CNS:
703406010903500
Nome da Mãe:
MARIA NATALIA DA SILVA COSTA
Tipo Sanguíneo:Nome:
ARTHUR GABRIEL COSTA LIMA
Sexo:
MASCULINO
Raça:
PARDA
Naturalidade:
IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
22/06/2016Idade:
9 anosNacionalidade:
BRASILEIRA
Tipo de Logradouro:
AVENIDA
Bairro:
CENTRONome do Logradouro:
DOMINGOS PEREIRA DE CASTRO
Município de Residência:
BURITIRANA - MANúmero:
S/N
CEP:
65935-500Telefone(s):
(99) 98405-2715 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
664697613
CPF Profissional Solicitante:Data de Solicitação:
29/04/2026
Profissional Solicitante:
ANNA CAROLINAData de Aprovação:
29/04/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª VezDiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACID:
R68
Cod. Unificado:
0301106144Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Interno:
0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 29/04/2026 10:45:53

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

CRF 1105 00 571-32

100/100/30

Fis 189
Data 11/05/2016



Paciente: Arthur Gabriel Costa Lima
Data Nascimento: 27/06/1996 Idade: 09 anos Sexo: Male E. Civil: ---
Convênio: Município Município: --- CNS: 303 4060 1000 3500 Telefone: ---
Endereço: --- Bairro: ---
Cidade: --- Cep: --- Hospital: ---

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	25 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Suocutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Torax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodoni. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela soma total dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	33
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 11/05/2016
Dr. Mateus Langussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
Médico (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Acidente de trânsito de trânsito em casa, vítima de trauma e acidente e não alterado em seu estado
2 Exame Físico: em boas condições, sem alterações, sem alterações

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

Fls.

190

SEMUS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ARTHUR GABRIEL COSTA LIMA

DATA NASCIMENTO

27/06/2016 - 9 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703406010903500

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98405-2715

CEP

65.935-500

NOME DO RESPONSÁVEL

FRANCISCA DAS CHAGAS MARQUES DA SILVA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

ANNA CAROLINA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

29/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (X) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

01/05/2026

DATA DE ALTA OHB

13/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

08

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel da Sant'Ana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026		☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026		☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026		☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026		☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
21/05/2026		☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
22/05/2026		☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

13/05/2026		☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026		☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

12961

UNIDADE SOLICITANTE

Nome: HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ
Cod. CNES: 2450677

Op. Solicitante: KJP

Op. Autorizador: KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: CICATRIZAR
Cod. CNES: 9415114
Endereço: DOM CILSARIO
Número: 170
Telefone: CEP: 99) 3524-4092 65903-003
Profissional Executante: PAULO SÉRGIO SILVESTRE DE MOURA

Complemento: SALA 2

Bairro: MARANHÃO NOVO

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEX • 10/04/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS: 702603206263995

Nome da Mãe: DANILA MARTINS PARRERA DUARTE

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Tipo de Logradouro: RUA

Bairro: BOM JESUS

Telefone(s): (99) 98820-5568 (Exibir Lista de Telefone)

Nome: BENICIO DUARTE PARRERA SANTOS

Sexo: MASCULINO

Raça:

PARDA

Naturalidade:

IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:

10/10/2013

Idade:

12 anos

Nome do Logradouro:

BAYMER JÚNIOR

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Número:

S/N

CEP:

65900-001

Complemento:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

661481509

Data de Solicitação:

10/04/2026

Data de Aprovação:

10/04/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 10/04/2026 15:47:38



Secretaria Municipal da Saúde/SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNS: 707 6032 0626 3995

CPF: 616 485.323-06



PREFEITURA MUNICIPAL DE
IMPERATRIZ

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Genes Maria Lima

LEITO: 811

DA CLÍNICA:

PARA CLÍNICA: Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/09/2011

HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 10:00

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente apresentando quadro de hipertensão em nível
e infarto agudo do miocárdio.
Solicita avaliação de Tratamento Hipertensão.

Dr. Flávio Augusto Lima
Orc. de Saúde
CRM-MA 10.100.707 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:



Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Bruno Duarte Ruess Data Atd: 09.09.26
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	< 30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada X
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm X
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm X
Edema	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm X
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim X	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco X	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bofon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suppl. 1, p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	26
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 09.09.26

Medico: (identificação com assinatura e carimbo)

Dr. Marcelo L. Carvalhal
 Médico
 CRM-MA 17054

1. Anamnese: Paciente com edema de membros inferiores

2 Exame Físico: Lesão vascular > var, hiper vascular

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

BENICIO DUARTE PEREIRA

DATA NASCIMENTO

10/10/2013 - 12 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707603206263995

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98820-5568

CEP

65.900-001

NOME DO RESPONSÁVEL

LUDMILLA MARTINS PARREIRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

10/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (x) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

23/04/2026

DATA DE ALTA OHB

07/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

04

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Ludmilla Martins Parreira

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	<i>Ludmilla Martins Parreira</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Ludmilla Martins Parreira</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Ludmilla Martins Parreira</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Ludmilla Martins Parreira</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Chave de Confirmação:

36951**UNIDADE SOLICITANTE**

Unidade Solicitante:	Cód. CNES:	Op. Solicitante:	Op. Videofonista:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ	2456672	KJP	---

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:	Cód. CNES:	Op. Autorizador:	Vaga Consumida:
CICATRIZAR	9415114	KJP	1ª Vez
Endereço:	Número:	Complemento:	Data Aprovação:
DORI CESARIO	170	SALA 2	01/04/2026
Telefone:	CEP:	Bairro:	Município:
991 3524-4092	65903-003	MARANHAO NOVO	IMPERATRIZ
Profissional Executante:	Data e Horário de Atendimento:		
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA	QUA • 01/04/2026 • 07h00min		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome do Paciente:	Nome Social/Apelido:	Data de Nascimento:	Sexo:
706001307265646	CLAUDINEI RODRIGUES NOGUEIRA	---	03/08/1973 (52 anos)	MASCULINO
Nome da Mãe:	Nacionalidade:	Raça:	Município de Nascimento:	Tipo Sanguíneo:
NEUZIMAR RODRIGUES NOGUEIRA	BRASILEIRA	BRANCA	SITIO NOVO - MA	---
Tipo Logradouro:	Logradouro:	Bairro:	Complemento:	CEP:
AVENIDA	PRESIDENTE JOSE SARNEY	VILA VITORIA	---	65925-000
Número:	Município de Residência:	Pais de Residência:		
467	SITIO NOVO - MA	BRASIL		
Telefone(s):				
(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)				

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:	Situação Atual:		
660002705	AGENDAMENTO // PENDENTE CONFIRMAÇÃO / EXECUTANTE		
CPF do Médico Solicitante:	CRM:	Nome Médico Solicitante:	Vaga Solicitada:
---	NULL	FLAVIUS	1ª Vez
Diagnóstico Inicial:	CID:	Risco:	
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS	R68	AZUL - Atendimento Eletivo	
Central Reguladora:	Data Desejada:	Data Solicitação:	
IMPERATRIZ	---	01/04/2026	
Unidade Desejada:	Cód. Unificado:	Cód. Interno:	
---	0301100144	0103015	
Procedimentos Solicitados:			
OXIGENOTERAPIA POR DIA			

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 13:54:44



Secretaria Municipal da saúde / SUS

HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



IMPERATRIZ
CIDADES GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Claudinei Rodrigues Nogueira

UTI 3
LEITO: PG 2.612

DA CLÍNICA: _____

PARA CLÍNICA: _____

DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente em PO complicada de prótese de fe-
mur apresentando ressecção dental.

Solicito OHA

[Assinatura]
Médico Solicitante

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls.

197



Paciente: Cláudio R. Nogueira Data Atd: 01/09/20
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-5 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias; S.V. Trivellato, J.A. Monterlo, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bockri. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela soma dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	14
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 01/09/20
 Dr. Mateus L. Congussu
 Médico
 CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com queimadura no pescoço e no braço direito

2 Exame Físico: Lipoemfiema local no pescoço

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

CLAUDINEI RODRIGUES NOGUEIRA

DATA NASCIMENTO

03/08/1973 - 52 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706001307265646

TELEFONE PARA CONTATO

(61) 3315-2425

CEP

65.925-000

NOME DO RESPONSÁVEL

SANDRA MORAIS RODRIGUES

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

01/04/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

13/04/2026

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

04

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Sandra morais Rodrigues

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
12/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
18/05/2026	<i>Sandra morais Rodrigues</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

87880**UNIDADE SOLICITANTE**

Nome:

HHH HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

PROFISSIONAL EXECUTANTE

Nome:

LÍCATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Telefones:

(99) 3524-4093

CEP:

65903-085

Complemento:

SALA 7

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs**DADOS DO PACIENTE**

CNS:

770805976136889

Nome da Mãe:

MARIA IVANILDE RODRIGUES DE FREITAS-OLIVEIRA

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

CENTRO

Telefone(s):

(99) 3525-2425 (Exibir lista Detalhada)

Nome:

DARIO DE FREITAS OLIVEIRA

Sexo:

MASCULINO

Raça:

AMARELA

Naturalidade:

SAO MIGUEL DO TOCANTINS - TO

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:

23/03/1990

Idade:

46 anos

Nome do Logradouro:

AFONSO PENA

Município de Residência:

SAO MIGUEL DO TOCANTINS - TO

Número:

S/N

CEP:

77925-000

Complemento:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664253052

Data de Solicitação:

27/04/2026

Data de Aprovação:

27/04/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R08

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 17:49:50



Secretaria Municipal da saúde / SUS

HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNS: 700.8059.3833.6889

CPF: 934.308.953-87



PROFESSORA DE
IMPERATRIZ
Cidade Grande

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Dono Dr. Paulo Oliveira LEITO: 334

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: 16 de Janeiro

DATA DA SOLICITAÇÃO: 23 / 04 / 20 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO 08:00

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Requer a avaliação em favor do tratamento
de grande volume de serviços particulares e serviços
hospitalares. Solicito que os custos sejam de responsabilidade

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Oncologista
CRM-MG 44007EOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado

Data

Horário

Contato

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls.

201
SEMUS

Data Atd: 23/04/2026

Paciente: DARIO DE FREITAS OLIVEIRA

Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: MASCULINO E. Civil: _____

Convênio: MUNICÍPIO CNS: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Cep: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos ☒	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Inferção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mamma / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Montenegro, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodoni. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997.

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela soma dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	19
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: ____/____/____

Dr. Marcelo Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036

Médico (identificação com assinatura e carimbo)

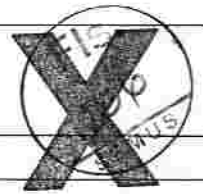
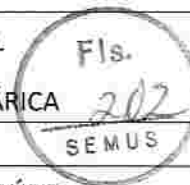
1 Anamnese:

Paciente com queimadura em
coxa e perna de grande
extensão do membro.

2 Exame Físico:

lesão extensa, limbo bem definido

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DARIO DE FREITAS OLIVEIRA

DATA NASCIMENTO

03/03/1980 - 46 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700805938136889

TELEFONE PARA CONTATO

(61) 3315-2425

CEP

77.925-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

27/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (x) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

27/04/2026

DATA DE ALTA OHB

11/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

06

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Dario de F. Oliveira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	Dario de F. Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	Dario de F. Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Dario de F. Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Dario de F. Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	Dario de F. Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	Dario de F. Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL



Chave de Confirmação:

72225**UNIDADE SOLICITANTE**

Nome:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Telefone:

99) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs**DADOS DO PACIENTE**

CNS:

70003809192500

Nome:

ELIELTON TAVARES DA SILVA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

MARIA IRANILDE TAVARES

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

28/01/1998

Idade:

28 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

SAO PAULO - SP

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

DOM PEDRO II

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

BACURI

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

CEP:

65916-280

Telefone(s):

(99) 99111-2789 • (99) 99203-0816 *(Exibir Lista Dedicada)***DADOS DA SOLICITAÇÃO**

Código da Solicitação:

664254114

Data de Solicitação:

27/04/2026

Data de Aprovação:

27/04/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 17:56:51



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Wilson Torres da Silva LEITO: _____

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: 27.04.20 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Handwritten text:
Paciente com hipertensão arterial sistólica e diastólica, em tratamento com medicação. Apresenta sintomas de dor no peito e falta de ar. Solicita avaliação de especialista.

Dr. Marcos Roberto Lima
Cardiologista
CRM-MA 10400/2017 14054

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: **ELIELTON TAVARES DA SILVA**

Data Atd: _____

Data Nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: _____

E. Civil: _____

Convênio: **Município**

CNS: **700003809107500**

Telefone: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Cep: _____

Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos X	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição ossea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada X	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm X	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		X Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		X Sim
EQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	X Realizada
Dreno de Torax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		X Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Montero, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela soma dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	18
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

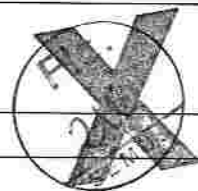
Data: 7 / 7 / 2014

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

2 Exame Físico:

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ELIELTON TAVARES DA SILVA

DATA NASCIMENTO

28/01/1998 - 28 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700003809107500

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 99111-2789

CEP

65.916-280

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

08/04/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

06

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Elieilton tavares da silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	<i>Elieilton tavares da silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Elieilton tavares da silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Elieilton tavares da silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Elieilton tavares da silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	<i>Elieilton tavares da silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
12/05/2026	<i>Elieilton tavares da silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Chave de Confirmação:

97774

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cód. CNES:
2456672

Op. Solicitante:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
99) 3524-4092
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Cód. CNES:
9415114
Número:
170
CEP:
65903-083
Data e Horário de Atendimento:

Op. Autorizador:
KJP
Complemento:
SALA 2
Bairro:
MARANHÃO NOVO

Vaga Consumida:
1ª Vez
Data Aprovação:
17/04/2026
Município:
IMPERATRIZ

SEX • 17/04/2026 • 07h00min

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704305518964794

Nome do Paciente

GUSTAVO DA SILVA

Nome da Mãe

SUELENE DA SILVA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

33

Pais de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 98117-7995 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Raça:

AMARELA

Município de Nascimento:

BURITIRANA - MA

Logradouro:

CASTRO ALVES

Bairro:

BOM JESUS

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Data de Nascimento:

22/11/1997 (28 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Complemento:

DECL VISITA

CEP:

65900-001

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

662921182

CPF do Médico Solicitante:

CRM:
NULL

Situação Atual:

AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMAÇÃO / EXECUTANTE

Nome Médico Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Data Desejada:

Data Solicitação:

17/04/2026

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 14:05:39



Secretaria Municipal da Saúde/SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



CPF: 223.352.233-37

CNS: 704 3055 1896 4794 P2, L 226

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: <u>Guilherme da Silva</u>	LEITO: _____
DA CLÍNICA: _____	PARA CLÍNICA: <u>Rece. Geral</u>
DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>16.04.2016</u>	HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: <u>23:00</u>
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA ☐ NÃO URGENTE	
HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	

At. Membros e/ou membros em parâmetros
presentes para exames de Tórax e
Grossos de ponta e ultra-sons de
stomago de hepatomegalia

Dr. Flávio Ribeiro Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10400/TEOT 14556

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

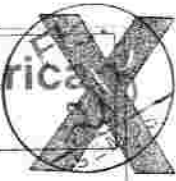
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Andréia Araújo</u>	<u>19.04.2016</u>	<u>09:35</u>	<u>Cicatrizes</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____ Horário: ____

209
SEMUS



Paciente: Antônio da Silva Data Atld: 1 / 1
 Data Nascimento: Idade: Sexo: E. Civil:
 Convênio: Matrícula: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tatagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Draino de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

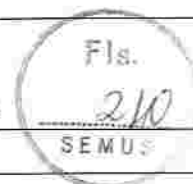
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monteiro, C.H. Esteves, L.M. Menezzato, M.R. Sousa, L.A. Bixion. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pelo somatório dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	36
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 1 / 1 **Dr. Mateus L. Cangussu**
MÉDICO
CRM-MA 11036
 Médico (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Doença crônica de 10 anos, com sintomas de Fato
crônico de 10 anos, com sintomas de Fato
 2 Exame Físico: Exame de 10 anos, com sintomas de Fato
Exame de 10 anos, com sintomas de Fato

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

GUSTAVO DA SILVA

22/11/1997 - 28 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

704305518964794

(99) 98117-7996

65.900-001

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

FLAVIUS RIBEIRO

CRM-MA

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

17/04/2026

(X) SIM () NÃO

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

04

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Gustavo da Silva
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	<i>Gustavo da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Gustavo da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
↓ 21/05/2026	<i>Gustavo da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
↓ 41/05/2026	<i>Gustavo da Silva</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

Chave de Confirmação:

67572

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

(99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

708208164163447

Nome do Paciente

ISAAC BARBOSA SOUZA

Nome da Mãe

LEICE BARBOSA DOS SANTOS

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

50

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 98435-9762 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664696905

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

AVISO DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Cód. CNES:

2456672

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 29/04/2026 • 07h00min

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Op. Videofonista:

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

29/04/2026

Município:

IMPERATRIZ

Nome Social/Apelido:

Raça:

PARDA

Município de Nascimento:

IMPERATRIZ - MA

Logradouro:

SAO FRANCISCO

Bairro:

VILA JOAO ALBERTO

Município de Residência:

Montes Altos - MA

Data de Nascimento:

04/08/2017 (8 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Complemento:

CEP:

65936-000

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

CRM:

NULL

Nome Médico Solicitante:

VALDIVINO

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Cód. Unificado:

0301100144

Data Solicitação:

29/04/2026

Cód. Interno:

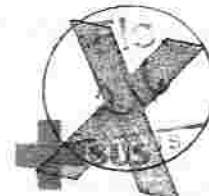
0103015

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 25/05/2026 16:20:10



Secretaria Municipal da Saúde/SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



PREFEITURA MUNICIPAL DE
IMPERATRIZ

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Francisca Pereira da Silva LEITO: 20
DA CLÍNICA: Maternidade PARA CLÍNICA: Neonatal
DATA DA SOLICITAÇÃO: 24 / 04 / 14 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____
CARACTER DA AVALIAÇÃO: () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Gravidez normal, parto normal, recém-nascido com peso 3,2 kg, comprimento 48 cm, perímetro cefálico 34 cm, Apgar 1 8, Apgar 5 10. Mãe sem comorbidades. Recém-nascido com icterícia moderada, encaminhado para avaliação de especialista.
Atualmente em observação na unidade hospitalar para resolução da icterícia.

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Enf. Kelly</u>	<u>24/04</u>	<u>07:00</u>	<u>Atende por</u>
<u>Enf. Kelly</u>	<u>25/04</u>	<u>07:00</u>	<u>Atende por</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: ____/____/____ Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Luiz Roberto Silva Fls. 213
 Data Nascimento: 01/08/1947 Idade: 28 anos Sexo: 108 284 646 391 E Civil
 Convênio: Município CNS: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo		Leve-moderado	Intenso
Diabetes		Sim	
Hipertensão arterial sistêmica		Sim	
Queimadura		< 30% superfície corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite		Sim	Com exposição óssea
Toxemia		Moderada	Intensa
Choque		Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crépitação Subcutânea	< 2 cm	2-5 cm	> 6 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Torax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Perineo / Manta / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients: M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Montano, C.H. Esteves, L.M. Marzagazo, M.R. Sousa, L.A. Bodon, Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

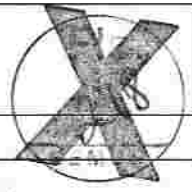
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	12
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 21/11/20
 Dr. Mateus Congessu
 MEDICO
 CRM-MA 11936
 Médico (identificação com assinatura e carimbo)

1. Anamnese

2 Exame Físico:

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ISAAC BARBOSA SOUZA

DATA NASCIMENTO

01/08/2017 - 8 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708208164163447

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99435-9762

CEP

65.936-000

NOME DO RESPONSÁVEL

GLEICE BARBOSA DOS SANTOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

CPF: 601.972.293-79

MÉDICO SOLICITANTE

VALDIVINO R. SILVA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

4732

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

29/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

09

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

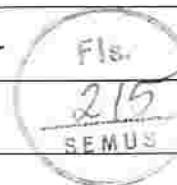
Gleice Barbosa dos Santos
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	<i>Gleice Barbosa dos Santos</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Gleice Barbosa dos Santos</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Gleice Barbosa dos Santos</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Gleice Barbosa dos Santos</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026	<i>Gleice Barbosa dos Santos</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
11/05/2026	<i>Gleice Barbosa dos Santos</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

12/05/2026	+ Glícia Barbosa dos Santos	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	+ Glícia Barbosa dos Santos	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	+ Glícia Barbosa dos Santos	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

94825

UNIDADE SOLICITANTE

Nome: HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES: 2456672

Op. Solicitante: KJP

Op. Autorizador: KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: CÍCATRIZAR
Endereço: DOM CESARIO
Telefone: 99) 3524-4092
Profissional Executante: PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Cod. CNES: 9415114
Número: 170
CEP: 65903-083

Complemento: SALA 2

Bairro: MARANHAO NOVO

Município: IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 22/04/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS: 704005800390263
Nome da Mãe: FRANCISCA BEZERRA DE OLIVEIRA
Tipo Sanguíneo:

Nome: IVANIO BEZERRA DE OLIVEIRA
Sexo: MASCULINO
Raça: PARDA
Naturalidade: SENADOR LA ROCQUE - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento: 08/02/1975

Idade: 51 anos

Nacionalidade: BRASILEIRA

Tipo de Logradouro: RUA

Bairro: VILA PARATI

Telefone(s): (99) 3523-0369 (Exibir Lista Detalhada)

Nome do Logradouro: HUMBERTO DE CAMPOS
Município de Residência: IMPERATRIZ - MA

Número: S/N
CEP: 65900-970

Complemento:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação: 663159685

Data de Solicitação: 22/04/2026

Data de Aprovação: 22/04/2026

Vaga Solicitada: 1ª Vez

Vaga Consumida: 1ª Vez

CPF Profissional Solicitante: ---

Profissional Solicitante: VALDIVINO

Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados: OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID: R68
Cod. Unificado: 0301100144

Classificação de Risco: AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Interno: 0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

3/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 22/04/2026 09:17:49



Secretaria Municipal da saúde / SUS

HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNPJ 17.121.452-91 82, L 278

CNS 704 0058 0039 0263



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE:

Walter Bezerra de Oliveira

LEITO:

DA CLÍNICA:

Obstetria

PARA CLÍNICA:

Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO:

17/04/17

HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO

17/04/17

CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA ☐ NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Atendimento com flutuação
para o @

Assinatura e Carimbo

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
Andréa Araújo	17.04.2017	10:30	Imperatriz

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls. 2/8
SEMUS

EL X

Paciente: IVANIO BEZERRA DE OLIVEIRA

Data Atd: 1/1/2016

Data Nascimento: Idade:

Sexo:

E. Civil:

Convênio: Município

CNS:

Telefone:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Cep:

Hospital:

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos <u>X</u>
Tabagismo	-	Leve/moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea <u>X</u>
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada <u>X</u>
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm <u>X</u>
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm <u>X</u>
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm <u>X</u>
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim <u>X</u>
FQ Alteração Intática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada <u>X</u>
Dreno de Tórax		Sim	
Ventilação Mecânica		Sim	
Perineo / Mama / Face			Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monteiro, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.B. Sousa, L.A. Botton. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

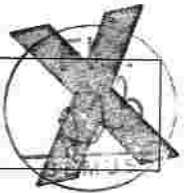
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	<u>24</u>
GIV > 31 pontos	

Data: 23/04/2016
Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

2 Exame Físico:

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

IVANIO BEZERRA DE OLIVEIRA

DATA NASCIMENTO

08/02/1975 - 51 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704005800390263

TELEFONE PARA CONTATO

(00) 00000-0000

CEP

65.900-970

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

VALDIVINO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

21/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

02

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/26	x Ivanio Bezerra de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/26	x Ivanio Bezerra de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

57866**UNIDADE SOLICITANTE**

Nome: HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES: 2456672

Op. Solicitante: KJP

Op. Autorizador: KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: CICATRIZAR
Cod. CNES: 9415114
Endereço: NÚMERO: 370
ODM CESÁRIO
Telefone: CEP: 65903-083
997 3524-4092

Complemento: SALA 2

Bairro: MARANHÃO NOVO

Município: IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs**DADOS DO PACIENTE**

CNS: 704702968648892
Nome da Mãe: MARIA DAS GRAÇAS SILVA
Tipo Sanguíneo: --

Nome: IOSTEL DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Raça: SEM INFORMACAO
Naturalidade: --

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento: 21/04/1988

Idade: 35 anos

Nacionalidade: BRASILEIRA

Tipo de Logradouro: INVALIDO
Bairro: CENTRO

Nome do Logradouro: R TANCREDO NEVES
Município de Residência: SÃO PEDRO DA ÁGUA BRANCA - MA

Número: 1082
CEP: 65920-000
Complemento: --

Telefone(s): (61) 3315-2425 [\[Ver Log Detalhado\]](#)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação: 664252658

Data de Solicitação: 27/04/2026

Data de Aprovação: 27/04/2026

Vaga Solicitada: 1ª Vez

Vaga Consumida: 1ª Vez

CPF Profissional Solicitante: --

Profissional Solicitante: FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados: OXIGENOTERAPIA POR TIA

CID: R68
Cod. Unificado: 0301100144

Classificação de Risco: AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Interno: 0107015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 17:47:20



Secretaria Municipal da saúde / SUS

HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNS: 704 3025 6864 8893

CPF: 630.053.513-09



F1s.

221

SEMUS

PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRAVE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: João da Silva LEITO: 101

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hipertensão

DATA DA SOLICITAÇÃO: 23, 24, 26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente apresentando quadro de Artrose aguda
de 1º grau p/ degeneração de tecido conjuntivo
de articulações proximais. Refere dor p/

Dr. Flávio Ribeiro Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.410/TEST 14556

México Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: / / Horário: :

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Josiel da Silva Data Atd: 23/04/2026
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: MASCULINO E. Civil: _____
 Convênio: MUNICÍPIO CNS: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep.: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos ☒	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm ☒
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim ☒	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V 24 Supplement p35-1997

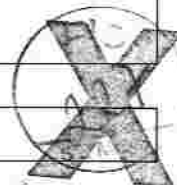
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	<u>49</u>
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 23/04/26
 Médico: Dr. Marcelo Congussu
 Médico (identificação com assinatura e carimbo)
 CRM: 11036

1 Anamnese: Paciente com todo quadro de
infecção.

2 Exame Físico: Exame físico normal

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

JOSIEL DA SILVA

DATA NASCIMENTO

21/04/1988 - 38 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704302568648893

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98226-1282

CEP

65.920-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS R. LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

27/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (X) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

11/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

06

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santa Inês
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	Josiel da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	Josiel da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Josiel da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Josiel da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	Josiel da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	Josiel da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Chave de Confirmação:

29584



UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cód. CNES:
2456672

Op. Solicitante:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:
CICATRIZAR

Cód. CNES:
0415114

Op. Autorizador:
KJP

Vaga Consumida:
1ª Vez

Endereço:
DOM CESARIO

Número:
170

Complemento:
SALA 2

Data Aprovação:
14/04/2026

Telefone:
99/3524-1092

CEP:
65903-083

Bairro:
MARANHÃO NOVO

Município:
IMPERATRIZ

Profissional Executante:
VALDO SERGIO SILVEIRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

TER • 14/04/2026 • 07h00min

DADOS DO PACIENTE

CNS:
707601201203690
Nome do Paciente
JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA
Nome da Mãe

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:
21/04/2012 (14 anos)

Sexo:
MASCULINO

STIRIANA AGUIAR DOS SANTOS

Raça:
AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:
BRASILEIRA

Município de Nascimento:
FORTALEZA DOS NOGUEIRAS - MA

Complemento:

Tipo Logradouro:
VILA

Logradouro:
SA

CEP:
65805-000

Número:

Bairro:
VILA SA

País de Residência:
BRASIL

Município de Residência:
FORTALEZA DOS NOGUEIRAS - MA

Telefone(s):
(99) 3531-1587 (Exibir Lista Cadastrada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
662119099

Situação Atual:

AGENDAMENTO / PREENCHIMENTO CONFIRMAÇÃO / EXECUTANTE

CPF do Médico Solicitante:

CRM:
T0016

Nome Médico Solicitante:
FELIPE RIBEIRO

Vaga Solicitada:
1ª Vez

Diagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:
R06

Risco:
AZUL - Atendimento Eletivo

Central Reguladora:
IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Data Desejada:

Data Solicitação:
14/04/2026

Procedimentos Solicitados:
OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cód. Unificado:
0301100144

Cód. Interno:
0103015

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 11:15:36

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls. 226 SEMUS



Paciente: Marcelo Carlos Naves Data Atd: 09/09/26
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Hospital: _____
 Cidade: _____ Cap.: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Talassismo		Leve-moderado	Intenso
Diabetes		Sim	
Hipertensão arterial sistêmica		Sim	
Queimadura		< 30% superfície corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite		Sim	Com exposição óssea
Toxemia		Moderada	Intensa
Cirrose		Estabilizada	Instável
Infecção Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-5 cm	> 5 cm
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda		Sim	
Insuficiência Arterial Crônica		Sim	Sim
Lesão aguda		Sim	Sim
Lesão crônica		Sim	Sim
FQ Alterações Intélicas		Sim	
Amputação / Desmembreto	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de torax		Sim	
Ventilação Mecânica		Sim	Sim
Paralisação Manual / Fake			

(*) The University of São Paulo (USP) - SEMUS. Scale for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S. V. Trivittolo, L.A. Machado, D.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Silva. L.A. Barros. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos

GI < 10 pontos
 GII 11 a 20 pontos
 GIII 21 a 30 pontos
 GIV > 31 pontos

18

Data: 09/09/26

Médico (identificação com assinatura)

2021.09.19
 03/09/2021
 19/09/2021

1 Anamnese:

Requerido em 09/09/26 para ser feito

2 Exame Físico:

Após exame físico, paciente não requer

[illegible]

		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

82229**UNIDADE SOLICITANTE**

Nome:
HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:
2456672

Op. Solicitante:
KJP

Op. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
(99) 3524-4092
CEP:
65903-083

Complemento:
SALA 2

Bairro:
MARANHÃO NOVO

Município:
IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs**DADOS DO PACIENTE**

CNS:
7163014756446977
Nome da Mãe:
VERANICE OLIVEIRA DE SOUSA
Tipo Sanguíneo:

Nome:
KARLA EDUARDA SOUSA SILVA
Sexo:
FEMININO
Raça:
SEM INFORMACAO
Naturalidade:
URUARA - PA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
05/10/2007

Idade:
18 anos

Nacionalidade:
BRASILEIRA
Tipo de Logradouro:
RUA

Nome do Logradouro:
E
Município de Residência:
IMPERATRIZ - MA

Número:
11
CEP:
65900-001
Complemento:
C.S.A.

Bairro:
SANTA RITA
Telefone(s):
(99) 3527-1026 • (99) 99158-4766 *[Exibir Lista Detalhada]*

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação: **664253195**
Data de Solicitação: 27/04/2026
Data de Aprovação: 27/04/2026
Vaga Solicitada: 1ª Vez
Vaga Consumida: 1ª Vez
CPF Profissional Solicitante: ---
Profissional Solicitante: FLAVIUS RIBEIRO

Diagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:
R68
Cod. Unificado:
02011001-H
Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Interno:
0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 17:50:39

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls.

230
SEMUS

Data Atd. 23/04/2024

Paciente: KARLA EDUARDA SOUSA SILVA

Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: FEMININO E. Civil: _____

Convênio: MUNICÍPIO CNS: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Cep: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	✓ 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada X	Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm X
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-5 cm	> 6 cm X
Celulite	< 5 cm	5-10 cm X	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim X	
Lesão Crônica	-		Sim
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada X	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Montano, C.H. Esteves, L.W. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos

GI < 10 pontos

GII 11 a 20 pontos

GIII 21 a 30 pontos

GIV > 31 pontos

Data: 23/04/24

Médico (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

Paciente em PO de 10 dias de tratamento com reação de pele

2 Exame Físico:

lesão extensa, reação moderada

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

KARLA EDUARDA SOUSA SILVA

DATA NASCIMENTO

05/10/2007 - 18 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706304766446977

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 3527-1020

CEP

65.900-001

NOME DO RESPONSÁVEL

ESTHEPHANE DO ESPIRITO SANTO PRIMO

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

27/04/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

06

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Estephane do Espírito Santo Primo

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☐ PACIENTE	☒ RESPONSÁVEL
04/05/2026	<i>Estephane do Espírito Santo Primo</i>	☒	☒
05/05/2026	<i>Estephane do Espírito Santo Primo</i>	☒	☒
21/05/2026	<i>Estephane do Espírito Santo Primo</i>	☒	☒
22/05/2026	<i>Estephane do Espírito Santo Primo</i>	☒	☒
25/05/2026	<i>Estephane do Espírito Santo Primo</i>	☒	☒
26/05/2026	<i>Estephane do Espírito Santo Primo</i>	☒	☒

		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

90229**UNIDADE SOLICITANTE**

Nome: HMI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES: 2456672

Op. Solicitante: KJP

Op. Autorizador: KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: COCATRIZAR Cod. CNES: 9415114

Endereço: Número: 170 Complemento: SA: A.2

Telefone: CEP: 65903-983

Profissional Executante: PAULO SÉRGIO SILVESTRE DE MOURA

Bairro: MARANHÃO NOVO

Município: IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs**DADOS DO PACIENTE**

CNS: 760206409828622

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Tipo de Logradouro: INVALIDO

Bairro: VILA LOEAO

Telefone(s): (99) 99147-7737 ([Exibir Lista Detalhada](#))

Nome: OSVALDO PEREIRA LOPES

Sexo: MASCULINO

Raça: PARDAS

Naturalidade: ITARANTIM - BA

Nome do Logradouro: RUA DA ASSEMBLEIA

Município de Residência: IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento: 17/09/1960

Idade: 65 ANOS

Número: 476 Complemento:

CEP: 65910-180

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664253428

CPF Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Data de Solicitação:

27/04/2026

Profissional Solicitante:

FLAVIO RIBEIRO

Data de Aprovação:

27/04/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Vaga Consumida:

1ª Vez

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 17:52:13



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ
CNS: 300 2064 0083 5622
CPF: 252 272 333-53



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Charles Lima Silva LEITO: 211 Fis. 233 SEMLE

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Imperatriz

DATA DA SOLICITAÇÃO: 23.04.26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente apresentando sintomas de
infecção de pele (foliculite) e
abscessos + flegmão de pele.

Dr. Flávio Rêgo Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 104667EOT 14558

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: ____ / ____ / ____ Horário: ____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls.

234

SEMUS

Data At: 23/04/2024

Paciente: OSVALDO PEREIRA LOPES

Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: MASCULINO E. Civil: _____

Convênio: MUNICIPIO CNS: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Cep: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
/Diabetes	-	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim ☒	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim ☒	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	Acentuada ☒
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	> 10 cm
Crepitação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm ☒
Celulite	< 5 cm	5-10 cm ☒	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim ☒
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	Realizada ☒
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S. V. Trivellato, J. A. Montezio, C. H. Esteves, L. N. Menegazzo, M. R. Sousa, L. A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	23
GIV > 31 pontos	

Data: 23, 04, 26

Medico: (identificação com assinatura e carimbo)

CRAMA 11036

1 Anamnese: *Paciente com queimadura de membro superior inferior na região da coxa.*

2 Exame Físico: *Lesão hiperestésica*

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

OSVALDO PEREIRA LOPES

DATA NASCIMENTO

17/09/1960 – 65 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700206409838622

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99147-7737

CEP

65.910-180

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS R. LANA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

27/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (x) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

13/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

06

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
04/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
12/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
13/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

88241

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
HNI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZCod. CNES:
2450672Op. Solicitante:
KIPOp. Autorizador:
KIP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
99 3524-4092
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURACod. CNES:
9415114
Número:
170
CEP:
65903-083Complemento:
SALA 1Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA
Data e Horário de Atendimento:**SEX • 24/04/2026 • 07:00hrs**

DADOS DO PACIENTE

CNS:
705601417591919
Nome da Mãe:
MARIA FERREIRA COELHO
Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:
BRASILEIRA
Tipo de Logradouro:
RUA
Bairro:
MERCADINHO
Telefone(s):
(99) 3525-1577 (Exibir Lista de Telefones)Nome:
RAIMUNDO FERREIRA COELHO
Sexo:
MASCULINO
Raça:
PARDA
Naturalidade:
SANTO ANTONIO DOS LOPEZ - MA
Nome do Logradouro:
CEARA
Município de Residência:
IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
16/02/1952Idade:
74 anos

Número:

1513

Complemento:

CEP:

65901-260

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
663605359

Data de Solicitação:

23/04/2026

Data de Aprovação:

23/04/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
JULYANDiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETRÔNICO

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

22/11/2017

Entregue essa guia APENAS na data da realização da consulta/exame!

Data da Extração dos Dados: 23/04/2026 15:05:55



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CPF: 146.345.463-53
CNS: 705 6034 1759 1919



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Raimundo Ferreira Coelho LEITO: 153
DA CLÍNICA: Neurologia vascular PARA CLÍNICA: _____
DATA DA SOLICITAÇÃO: 22/04/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 08:30
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente 74 anos com 2- D3L2, apresenta lesão recente em 5- paraflexão à esquerda. Evoluiu com síndrome de compressão de 5- paraflexão esquerda, realizado há 5 dias. Solicita avaliação para realização de novos exames em tomografia hiperbarica. Inter!

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo _____

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Lauro de Faria Data Atd: 22/04/20
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Cep: _____ Hospital: _____

ESCALA "USP" DE GRAVIDADE - AVALIAÇÃO PARA TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA*			
Itens	Pontos		
	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade	< 25 anos	26 a 50 anos	> 50 anos ☒
Tabagismo	-	Leve-moderado	Intenso
Diabetes	-	Sim ☒	
Hipertensão arterial sistêmica	-	Sim	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infecção/Secreção	Pouca	Moderada	☒ Acentuada
> Diâmetro DA > Lesão	< 5 cm	5-10 cm ☒	> 10 cm
Orientação Subcutânea	< 2 cm	2-6 cm	> 6 cm
Eskulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		☒ Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		☒ Sim
HQ Alteração Intélica	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco	Planejada	☒ Realizada
Dreno de Torax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Permeio / Mama / Face	-		Sim

(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monteng, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bordin. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela soma dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	19
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 21.04.20

Médico (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

2 Exame Físico:

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

RAIMUNDO FERREIRA COELHO

DATA NASCIMENTO

16/02/1952 - 74 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705601417591919

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 3525-1572

CEP

65.901-260

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

JULLYAN

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

24/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (x) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

18/05/2026

Declaro que durante o mês de maio de 2026, o paciente acima foi submetido a:

09

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Conforme as assinaturas do paciente e do responsável do estabelecimento saúde abaixo:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Raimundo Ferreira Coelho

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
05/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
12/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

13/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
15/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
18/05/2026	Raimundo Ferreira Coelho	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

