

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 Jose C. 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/Financelra

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

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

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/20192/0-4
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

Roosevelt de Sa Moreira
CRC-PA 1592/0-4
CONTADOR

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-MA 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 DESTA 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.

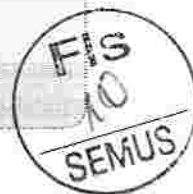
Roosevelt de Sa Moreira
CRC-MG 16592/O-4
CONTADOR

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 entreguesNome legível
Matrícula
Função
Cristiane dos Santos Silva
Fiscal de Gerentes
Mat.: 85.384-8

NFS-e

DANFSe v1.0
Documento Auxiliar da NFS-ePREFEITURA MUNICIPAL DE
IMPERATRIZ
Secretaria Municipal de Fazenda e Gestão
Orçamentária de Imperatriz
(99) 3525-2346
atendimento@sefazgo.imperatriz.ma.gov.brFIS
123
SEMUSChave de Acesso da NFS-e
210530222538339500018000000000005526078612473900Número da NFS-e
55Competência da NFS-e
31/07/2026Data e Hora da emissão da NFS-e
31/07/2026 13:04:44Número da DPS
52Série da DPS
70000Data e Hora da emissão da DPS
31/07/2026 13:04:44A 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 Mediona Hiperbarica LtdaE-mail
oxigeniumitz@gmail.comEndereço
RUA DOM CESARIO, 170, MARANHÃO NOVOMunicípio
Imperatriz - MACEP
65903-083Simples 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, 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 - MA

País da Prestação

Descrição do Serviço
REFERENTE A SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA, CEMI NO PERIODO DE 01/05/2026 A 31/05/2026.

TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL

Tributação do ISSQN
Operação Tributável

País Resultado da Prestação do Serviço

Município de Incidência do ISSQN
Imperatriz - MARegime Especial de Tributação
Nenhum

Tipo de Imunidade

Suspensão da Exigibilidade do ISSQN
Não

Número Processo Suspensão

Benefício Municipal

Valor do Serviço
R\$ 56.823,00

Desconto Incondicionado

Total Deduções/Reduções

Cálculo do BM

BC ISSQN
R\$ 56.823,00Alíquota Aplicada
3,00%Retenção do ISSQN
Retido pelo TomadorISSQN Apurado
R\$ 1.704,69

TRIBUTAÇÃO FEDERAL

IRRF
R\$ 852,33

Contribuição 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\$ 56.823,00

Desconto Condicionado

Desconto Incondicionado

ISSQN Retido
R\$ 1.704,69Total 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

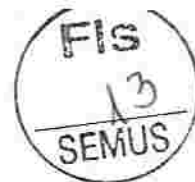
Função

Cristiane da Silva
Fiscal de Contratos
Mat.: 85.384.6

57 3244



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 do Contrato Mat.: 85.384-8 ASSINATURA DO FISCAL/SUPLENTE (RESPONSÁVEL PELO RELATÓRIO E ACOMPANHAMENTO)		



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

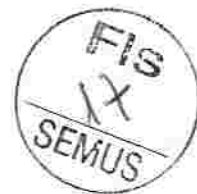
O presente parecer tem por objetivo avaliar a regularidade do pagamento dos serviços de oxigenoterapia hiperbárica realizados pela **OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA** no município de Imperatriz, MA, dentro do contexto da Auditoria Municipal de Saúde do SUS.

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

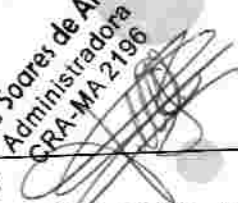
A Oxigenium Medicina Hiperbárica LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 25.383.395/0001-80, vem por meio desta declarar e informar a cronologia dos atendimentos de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) realizados em nossa unidade.

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							

FIC
 23
 SEMUS
 Direte Jodre de Amllo
 Administraz
 CRA-MA 219

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

Elaine S. da Silva
Administradora
CRA-MA 2.196

Fis
24
SEMUS



Fls. 25
SEMUS

Elaine Soares de Araújo
Administradora
CRA-MA 2196

30	12/05/2026	10	11/05/2026	ROSIMAR LIMA CARDOSO	700006521821503	660947154	21677	412	12/05/2026	EM TRATAMENTO
			12/05/2026							
			13/05/2026							
			14/05/2026							
			15/05/2026							
			16/05/2026							
			17/05/2026							
			18/05/2026							
			19/05/2026							
			20/05/2026							
31	12/05/2026	2	21/05/2026	ROSIMAR LIMA CARDOSO	700006521821503	670000292	73653	412	27/05/2026	EM TRATAMENTO
			22/05/2026							
			23/05/2026							
			24/05/2026							
			25/05/2026							
			26/05/2026							
			27/05/2026							
			28/05/2026							
			29/05/2026							
			30/05/2026							
32	14/05/2026	10	14/05/2026	SENADOR ELIZEU DE MORAES	706403110115681	667578802	38816	301	14/05/2026	EM TRATAMENTO
			15/05/2026							
			16/05/2026							
			17/05/2026							
			18/05/2026							
			19/05/2026							
			20/05/2026							
			21/05/2026							
			22/05/2026							
			23/05/2026							
33	14/05/2026	1	24/05/2026	SENADOR ELIZEU DE MORAES	706403110115681	667578802	38816	301	29/05/2026	EM TRATAMENTO
			25/05/2026							
			26/05/2026							
			27/05/2026							
			28/05/2026							
			29/05/2026							
			30/05/2026							
			31/05/2026							
			01/06/2026							
			02/06/2026							
34	20/05/2026	7	20/05/2026	TEODORO GONÇALVES DA SILVA	704801532237042	686695648	18881	206	20/05/2026	EM TRATAMENTO
			21/05/2026							
			22/05/2026							
			23/05/2026							
			24/05/2026							
			25/05/2026							
			26/05/2026							
			27/05/2026							
			28/05/2026							
			29/05/2026							
35	26/05/2026	3	26/05/2026	VINICIUS RESPALDES DE SOUSA	700807494241482	689717425	12475	611	26/05/2026	EM TRATAMENTO
			27/05/2026							
			28/05/2026							
			29/05/2026							
			30/05/2026							
			31/05/2026							
			01/06/2026							
			02/06/2026							
			03/06/2026							
			04/06/2026							
36	27/04/2026	8	04/05/2026	AMANDA BARRETO DE SOUZA	704506396764577	664202897	41444	634	27/04/2026	13/05/2026
			05/05/2026							
			06/05/2026							
			07/05/2026							
			08/05/2026							
			09/05/2026							
			10/05/2026							
			11/05/2026							
			12/05/2026							
			13/05/2026							
37	28/04/2026	8	04/05/2026	ARTHUR GABRIEL COSTA LIMA	703406010303500	664697813	51828	INFANTIL	29/04/2026	13/05/2026
			05/05/2026							
			06/05/2026							
			07/05/2026							
			08/05/2026							
			09/05/2026							
			10/05/2026							
			11/05/2026							
			12/05/2026							
			13/05/2026							
38	10/04/2026	4	04/05/2026	BENICIO DUARTE PARRERA SANTOS	707603206283995	661481509	12961	811	10/04/2026	07/05/2026
			05/05/2026							
			06/05/2026							
			07/05/2026							
			08/05/2026							
			09/05/2026							
			10/05/2026							
			11/05/2026							
			12/05/2026							
			13/05/2026							

Pacientes que iniciaram as sessões de Oxigenoterapia Hipóbarica no mês de abril de 2026 e mantiveram a continuidade do plano terapêutico durante o mês de maio de 2026

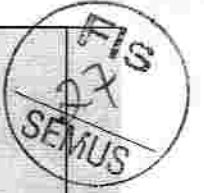
31	12/05/2026	2	22/05/2026	ROSIMAR LIMA CARDOSO	700065521821503	670005262	73863			412	27/05/2026		EM TRATAMENTO
			23/05/2026										
			26/05/2026										
			27/05/2026										
32	14/05/2026	10	28/05/2026	SENADOR ELIZEU DE MORAES	706403119115681	667575802	38816			301	14/05/2026		EM TRATAMENTO
			14/05/2026										
			15/05/2026										
			16/05/2026										
			17/05/2026										
			18/05/2026										
			19/05/2026										
			20/05/2026										
			21/05/2026										
			22/05/2026										
33	14/05/2026	1	23/05/2026	SENADOR ELIZEU DE MORAES	706403119115681					301	29/05/2026		EM TRATAMENTO
			24/05/2026										
			25/05/2026										
			26/05/2026										
34	20/05/2026	7	27/05/2026	TEODORO GONÇALVES DA SILVA	704801532237642	668699546	18881			206	20/05/2026		EM TRATAMENTO
			28/05/2026										
			29/05/2026										
			30/05/2026										
			31/05/2026										
			01/06/2026										
35	26/05/2026	3	02/06/2026	VINICIUS RESPLANDES DE SOUSA	700807494241482	669717425	12475			611	26/05/2026		EM TRATAMENTO
			03/06/2026										
			04/06/2026										
			05/06/2026										
36	27/04/2026	8	06/05/2026	AMANDA BARRETO DE SOUZA	704508396764517	664252897	41444			634	27/04/2026		13/05/2026
			07/05/2026										
			08/05/2026										
			09/05/2026										
			10/05/2026										
			11/05/2026										
			12/05/2026										
			13/05/2026										
			14/05/2026										
			15/05/2026										
37	29/04/2026	8	06/05/2026	ARTHUR GABRIEL COSTA LIMA	703406010603600	664697613	51828			INFANTIL	29/04/2026	01/05/2026	13/05/2026
			07/05/2026										
			08/05/2026										
			09/05/2026										
			10/05/2026										
			11/05/2026										
			12/05/2026										
			13/05/2026										
			14/05/2026										
			15/05/2026										
38	10/04/2026	4	06/05/2026	BENICIO DUARTE PARREIRA SANTOS	707603206263695	661481509	12961		8	811			07/05/2026
			07/05/2026										
			08/05/2026										

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

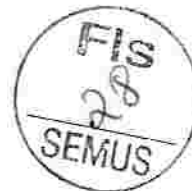
Elaine Soderberg
Administradora
CRA-MA 2198
02/04/2026

F15
26
SEMUS
13/05/2026
07/05/2026

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	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	882921182	97774	2	226	17/04/2026	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	22/04/2026	05/05/2026
			09/05/2026									
			10/05/2026									
			11/05/2026									
			12/05/2026									
45	27/04/2026	6	13/05/2026	JOSIEL DA SILVA	704302588646893	664252858	57866	2	201	27/04/2026	27/04/2026	11/05/2026
			14/05/2026									
			04/05/2026									
			05/05/2026									
			06/05/2026									
46	14/04/2026	1	07/05/2026	JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA	707601201203690	662119099	29584	2	221	14/04/2026	14/04/2026	EM TRATAMENTO
			11/05/2026									
			04/05/2026									
			05/05/2026									
			06/05/2026									
47	27/04/2026	6	07/05/2026	KARLA EDUARDA SOUSA SILVA	706304766446977	664253195	82229	6	625	27/04/2026	27/04/2026	26/05/2026
			11/05/2026									
			04/05/2026									
			05/05/2026									
			06/05/2026									



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										
18/05/2026										
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 IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
RENATAMARIASOLOp. Autorizador:
RENATAMARIASOL

Op. Videomistec

**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

QUI • 14/05/2026 • 07:00hrs**DADOS DO PACIENTE**CNS:
700605933154570Nome:
ANTONIA JUVENAL DA SILVA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
FRANCISCA ARIA DA SILVASexo:
FEMININOData Nascimento:
15/03/1962Idade:
64 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
AMARELANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
SAO DOMINGOS DO MARANHÃO - MATipo de Logradouro:
RUANome do Logradouro:
INúmero:
08

Complemento:

Bairro:
NORTE SULMunicípio de Residência:
JOAO LISBOA - MACEP:
65922-000

Telefone(s):

(99) 98415-1091 • (99) 98440-6411 (*Exibir Lista Detalhada*)**DADOS DA SOLICITAÇÃO**Código da Solicitação:
667576388Data de Solicitação:
14/05/2026Data de Aprovação:
14/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
JULLYAN CABRALDiagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISCID:
R68Classificação de Risco:
AZUL - ATENDIMENTO ELETIVOProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIACod. Unificado:
0301100144Cod. 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 Juvencio 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 metatarsos do pé direito - infarto e distúrbio cardíaco. Sobito avaliar o pé direito e hipertensão.

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Luiza Neiva</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	

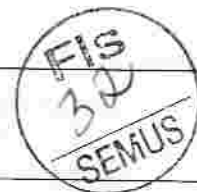
Data: 13.05.26

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com lesão ulcero e em
o direito.

2 Exame Físico: Lesão ulcero, lva 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

x Antonia Juvenal da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
14/05/2026	x Antonia Juvenal da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
16/05/2026	x Antonia Juvenal da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
18/05/2026	x Antonia Juvenal da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	x Antonia Juvenal da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	x Antonia Juvenal da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026	x Antonia Juvenal da Silva	☒ 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
Cod. CNES:
9415114
Endereço:
DOM CESARIO
Número:
170
Telefone:
99) 3524-4092
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 - MA

Número: Complemento:

S/N

CEP:
65765-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

668702832

Data de Solicitação:

20/05/2026

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

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: 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	
Períneo / Mama / Face	-		Sim

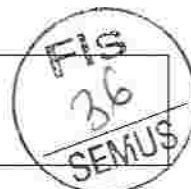
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterlo, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

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:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

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:
FEMININOData Nascimento:
27/03/1964Idade:
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 Ilesia 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>Resposta</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: _____

Endereco: _____ 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 X
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
Celulite	< 5 cm	5-10 cm	> 10 cm X
Insuficiência Arterial Aguda	-	Sim	
Insuficiência Arterial Crônica	-		Sim
Lesão aguda	-	Sim	
Lesão Crônica	-		Sim X
FQ Alteração linfática	-	Sim	
Amputação / Desbridamento	Em risco X	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Períneo / Mama / Face	-		Sim X

(*) 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
11036

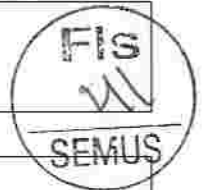
Medico: (identificar com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

1. Anamnese: *Parente restrito ao leito apresentando extensa úlcera poral 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 NASCIONAL 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. apresentando dor insuportável. Após procedimento, apresentou-se a infecção com abscesso e áreas de necrose, necessitando de desbridamento 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

<u>faced</u>	<u>06.05</u>	<u>8:00</u>	<u>Cuotiz</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

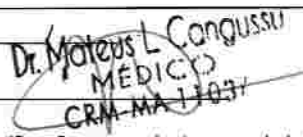
Fis
24
SEMUS

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

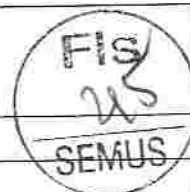
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

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

1 Anamnese: paciente submetido a Facoemulsão em Perna
ambliopias e recente Traumatismo e infecção local.
 2 Exame Físico: Subeto 10 sessões 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	Sandra morais Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
22/05/2026	Sandra morais Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
23/05/2026	Sandra morais Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
26/05/2026	Sandra morais Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	Sandra morais Rodrigues	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
28/05/2026	Sandra morais Rodrigues	☐ 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. Videofoneia:

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: Divinyene da Silva Molluam LEITO: _____
DA CLÍNICA: Obstetrícia PARA CLÍNICA: Apurbaria
DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/05/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____
CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com quadro de gravidez
exposta por um 1º com parto
extenso com risco de morte

Méico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

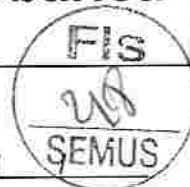
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>M^a de Nazaré Barreto</u> COREN-MA 603.684 Enfermeira Obstetra	<u>12/05/26</u>	<u>09:00</u>	<u>Atendimento</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

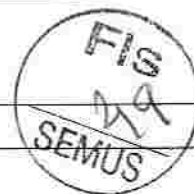
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	18
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

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. cerea 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

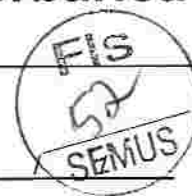
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

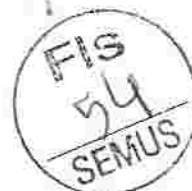
CONTROLE DE FREQUÊNCIA

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 Elietson Lourenço da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	x Elietson Lourenço da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026	x Elietson Lourenço da Silva	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
28/05/2026	x Elietson 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: 300 0042 833 61300



PREFEITURA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Ezequiel Sarmento 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 (99) 93143-6342
<u>[Assinatura]</u>	11/05/26	09:30	lecotizari
Eng. a Nucle	13/05/26	9:30	picatizari

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Dr. Marcelo Longuissi
MÉDICO
CRM-MA 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 ☒

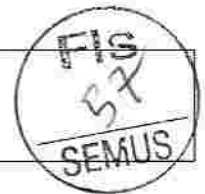
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

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)
Dr. Marcos L. Argusso
CRM 11036

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

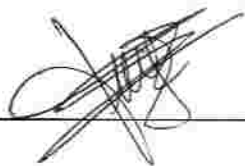
Data da Inserção no SISREG: 20/05/2026

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:

703409272184415

Nome da Mãe:

TEREZA COSTA ALVES

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

BELA VISTA

Telefone(s):

(66) 99918-4872 (Exibir Lista Detalhada)

Nome:

ELIOMAR ALVES COSTA

Sexo:

MASCULINO

Raça:

AMARELA

Naturalidade:

SANTA INES - MA

Nome do Logradouro:

VIANA

Município de Residência:

PEIXOTO DE AZEVEDO - MT

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:

22/10/1959

Idade:

66 anos

Número:

113

Complemento:

CEP:

78530-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

667244309

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:

JANDUI

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: 13/05/2026 09:10:29



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CPF: 299.093.673-04
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)

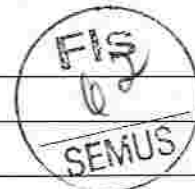
1 Anamnese:

*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:
VITÓRIANúmero:
---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:

FLAVIUS

Diagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID:

R68

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos 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



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

C.P.F.: 058.420.373-30
C.N.S.: 700 4029 6003 5241



SECRETARIA DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Fernando Pereira dos Santos LEITO: 143

DA CLÍNICA: _____ PARA CLÍNICA: Hombro

DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/04/26 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____

CARÁTER DA AVALIAÇÃO ☒ URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Parente próximo de Acidente de trânsito e
sinistro de origem de MSK

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

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

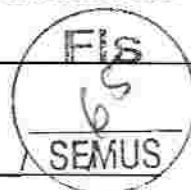
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: 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

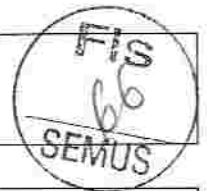
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

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

FERNANDO PEREIRA DOS SANTOS

DATA NASCIMENTO

28/10/1992 – 33 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700402960035241

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98115-4792

CEP

65.925-000

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

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:

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: Cicatrizar / 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 hipertensão.


Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

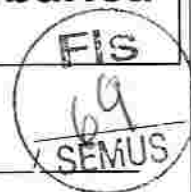
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
<u>Enx: Braga</u>	<u>15-05-26</u>	<u>11:12</u>	<u>Clínica de Cirurgia</u>
<u>Enf: Jivir Pacheco</u>	<u>16-05-26</u>	<u>12:00h</u>	<u>Cicatrizar</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário:

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Fernandes Amorim da Conceição Data Atd: 1
 Data Nascimento: _____ 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

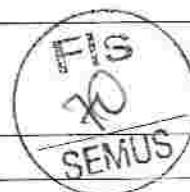
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	<u>24</u>
GIV > 31 pontos	

Data: 19/05/26
Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com lesão infectada no pé esquerdo com necrose, poliqueto no pé direito

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

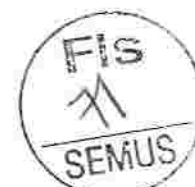
Assinatura do Responsável Técnico

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 EXECUTANTENome:
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**

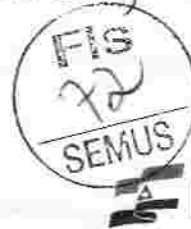
22/11/2017

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>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

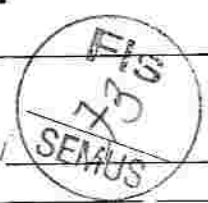
REGISTRO DA AVALIAÇÃO

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 Amaral 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: 28.04.2016
 Médico: (identificação com a assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente com lesão em pé esquerdo com áreas 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 BENTONúmero:
S/NComplemento:
---Bairro:
VILA JOAO ALBERTOMunicípio de Residência:
MONTES ALTOS - MACEP:
65936-000

Telefone(s):

(99) 98408-0504 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
669612766Data de Solicitação:
25/05/2026Data de Aprovação:
25/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª VezCPF Profissional Solicitante:
---Profissional Solicitante:
REGINALDODiagnóstico 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: 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

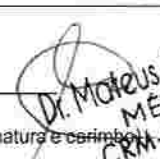


Paciente: Gracimar Pinto / Data Atd: / /
 Data Nascimento: Idade: Sexo: E. Civil:
 Convênio: Matricula: Telefone:
 Endereço: Bairro:
 Cidade: Cep.: Hospital:

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

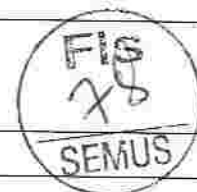
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	20
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

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 MMJJ.

2 Exame Físico: Paciente com lesões extensas
em MMJJ.

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

Bairro:

SETOR MORADA DO SOL

Município de Residência:

RIO VERDE - GO

Número:

S/N

Complemento:

Q23 LT07

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

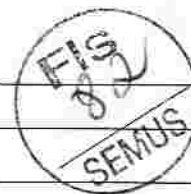
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	<u>16</u>
GII 11 a 20 pontos	
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 colapso + lesão de partes moles. Solicita
10 sessões de OHP p/ curar na cicatr-
 2 Exame Físico: pacar.

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: Guilherme 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 motorizado com trauma em
perna E apresentando fratura exposta do
tíbia e grave lesão de partes moles.
Solite 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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

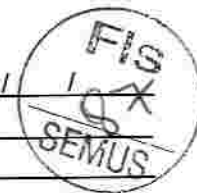
REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data / / Horário: _____

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: GUSTAVO DA SILVA Data Atd: 1
Data Nascimento: 22/11/1997 Idade: 28 anos Sexo: Masculino E. Civil:
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: 10/05/26

 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)
 CRM-MA 17425

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

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

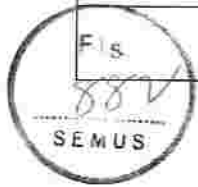
Assinatura do Paciente/Responsável

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

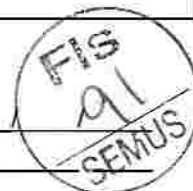
OK

FIS 90

SENIOR

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

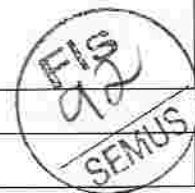
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M/Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

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 Operatório em MTD
resultando em lesão grave do membro inferior
 2 Exame Físico: Hiperbaria (10 sessões) por ordem do médico

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

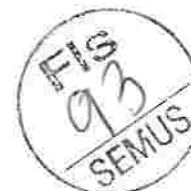
CONTROLE DE FREQUÊNCIA

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 em 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 Eozinofilia em
MFH com lesões ulceradas, secreções

2 Exame Físico:

e o uso de nebulizações. Não realizou de
sofismos de O2/B.

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

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 dos Patos, 60 anos, masculino, branco, casado, com ensino médio completo, residente em São João dos Patos, estado de Pernambuco. Apresenta dor no membro superior direito, com início há 10 dias, caracterizada por dor constante, piora à noite e com o movimento de flexão e extensão. Não há trauma, febre, inchaço ou alteração de cor na pele. O paciente não utiliza medicação específica. Foi 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: **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:****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 19.400 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. Cangussu
 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

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

JOSE DE RIBAMAR FERREIRA

DATA NASCIMENTO

18/02/1959 – 67 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702505399035339

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 99113-4190

CEP

65.918-024

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

CPF: 332.355.383-72

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO 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:

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

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

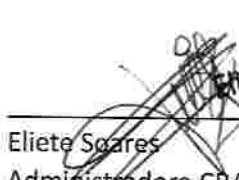
Data da Inserção no SISREG: 12/05/2026

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

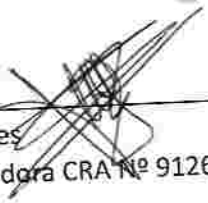
Paciente: JOSE DE RIBAMAR FERREIRA

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 SATelefone(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:
21/04/2012
Idade:
14 anos

Nome do Logradouro:

SA
Município de Residência:
FORTALEZA DOS NOGUEIRAS - MA

Número: Complemento:

CEP:
65805-000

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

665635467

CPF Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAISProcedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIA

Data de Solicitação:

05/05/2026

Profissional Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Data de Aprovação:

05/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

CID:

R68

Cod. Unificado:

0301100144

Vaga Consumida:

1ª Vez

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
de continuidade do tratamento.

Dr. Naysa 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)

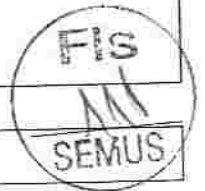
1 Anamnese:

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**
Data de Solicitação: 18/05/2026
Data de Aprovação: 18/05/2026
Vaga Solicitada: 1ª Vez
Vaga Consumida: 1ª VezCPF Profissional Solicitante:

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.
com dificuldade de controle.
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	
Perineo / Mama / Face	-		Sim

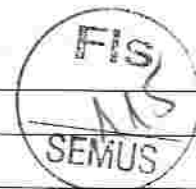
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

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 dias de Q/T/B.

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

(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:

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:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

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:
BRASILEIRA

Naturalidade:
ANANINDEUA - PA

Tipo de Logradouro:
RUA

Nome do Logradouro:
SAO BENTO

Número:
645

Complemento:
CEMAR MAE

Bairro:
NOVA IMPERATRIZ

Município de Residência:
IMPERATRIZ - MA

CEP:
65907-080

Telefone(s):
(99) 99140-2811 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
665476477

Data de Solicitação:
04/05/2026

Data de Aprovação:
04/05/2026

Vaga Solicitada:
1ª Vez

Vaga Consumida:
1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
VALDIVINO

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: 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. Danilo</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

70460464 7505 229

P6 632

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

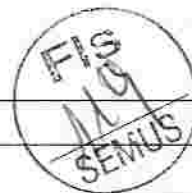
Dr. Mateus L. Cangulani
Médico
CRM-MA 11038

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Leiana com queimadura no
peito esquerdo há 1 mês de
tempo.

2 Exame Físico: Lesão ulcerada com
pus de
pus.

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 Deticia Fielax Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
20/05/2026	x Deticia Fielax Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
21/05/2026	x Deticia Fielax Raposo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026	x Deticia 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^o +
travessa l^{as} 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: _____

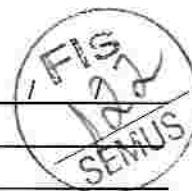
Endereço: _____

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)

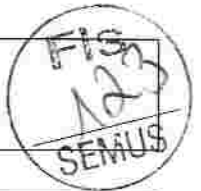
1 Anamnese:

Acumula com ferimento exposto e
lesão de partes moles.

2 Exame Físico:

limbo externo e não JJ.

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

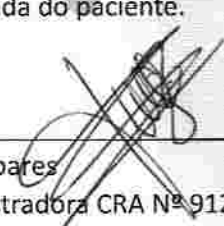
Justificativa de Múltiplas regulações

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

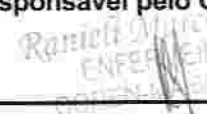
PACIENTE: Buam Pinto de Sousa (08 anos, P = 29 kg) LEITO: Colormana 50
 DA CLÍNICA: Pediatria PARA CLÍNICA: Hipertensão
 DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/05/2026 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: _____
 CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

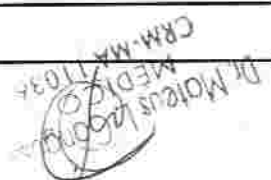
Paciente com histórico ulceroso de 08 dias de evolução em pé esquerdo,
analisado e sinais fisiológicos.
Solicito avaliação e conduto!
Grato.


 Dra. Anna Carolina Morillas
 Médica
 CRM-MA 12313
 Médico Solicitante
 (Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
 Ranieli Menezes ENFERMEIRA CRM-MA 11034	<u>08/05/26</u>	<u>14:23h</u>	<u>Picatinha (cont)</u>

REGISTRO DA AVALIAÇÃO


 Dr. Mateus Lacerda
 Médico
 CRM-MA 11034
 Assinatura e Carimbo

Lucas Omeida

Data 13/05/26 Horário: 10:10

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: Luca Porto 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

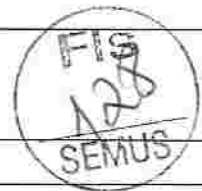
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	☒
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

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

1 Anamnese: paciente com ulcera infectada
em pé t.

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

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

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

Helaine Lote Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

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

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 AD.
Admitido com quadro de fraturas de fêmur à @. Redu-
ção cirúrgica intramedular desmoldando em fratura de pi @ em
11/05 e 14/05. Evolui com sequelas rotatórias e estabilização
de sequelas de fraturas. Solicito avaliação para realização
em Hyperbarica.

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

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

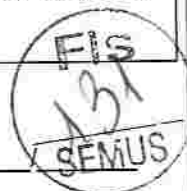
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

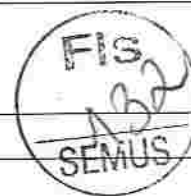
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	24
GIV > 31 pontos	

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. O realizador desbridamento podi-

2 Exame Físico: tu 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

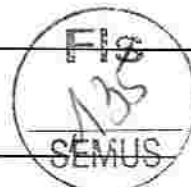
Responsável pelo Comunicado	Data	Horário	Contato
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

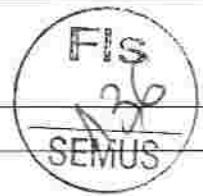
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	23
GIV > 31 pontos	

Data: 1
Dr. Mateus D. Congussu
 MÉDICO
 CRM MA 111036
 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 ESTABELECIMENTO 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 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 - MAProfissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Data e Horário de Atendimento:

QUI • 07/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:
706201537536364Nome:
MARIA DE FATIMA SOUSA DE ALMEIDANome Social / Apelido:
---Nome da Mãe:
SANDRA LOPES DE SOUSASexo:
FEMININOData Nascimento:
02/09/2006Idade:
19 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
PARDANacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
JOAO LISBOA - MATipo de Logradouro:
RUANome do Logradouro:
PRESIDENTE GETULIO VARGASNúmero:
2500Complemento:
---Bairro:
VILA SAO JOAOMunicípio de Residência:
IMPERATRIZ - MACEP:
00000-000Telefone(s):
(99) 99101-5066 (*Exibir Lista Detalhada*)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
666318481Data de Solicitação:
07/05/2026Data de Aprovação:
07/05/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª VezCPF Profissional Solicitante:
---Profissional Solicitante:
GILBERTO REISDiagnóstico 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: 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 queimadura 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



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

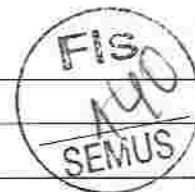
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	40
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 05.05.26
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)
 CRM-MG 10036

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

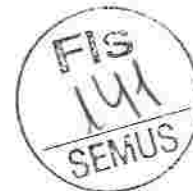
CONTROLE DE FREQUÊNCIA

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 IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR Cod. CNES:
9415114Endereço:
DOM CESARIO Número:
170Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOTelefone:
99) 3524-4092 CEP:
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:
706201537536364Nome:
MARIA DE FATIMA SOUSA DE ALMEIDA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
SANDRA LOPES DE SOUSASexo:
FEMININOData Nascimento:
02/09/2006Idade:
19 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

Nacionalidade:
BRASILEIRANaturalidade:
JOÃO LISBOA - MATipo de Logradouro:
RUANome do Logradouro:
PRESIDENTE GETULIO VARGASNúmero:
2500

Complemento:

Bairro:
VILA SÃO JOÃOMunicípio de Residência:
IMPERATRIZ - MACEP:
00000-000Telefone(s):
(99) 99101-5066 ([Verificar Lista Detalhada](#))

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
669658917Data de Solicitação:
25/05/2026Data de Aprovação:
25/05/2026Vaga 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

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
rte 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

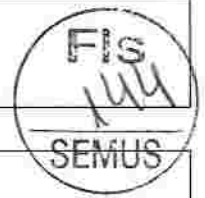
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Montero, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

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 NACIONAL 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 CESÁRIO 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:

11

Complemento:

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 empos-
tamento de panturrilha direita, sinais flogísticos e assimetria impor-
tante entre os membros. Hoje, dia 20/05/26, foi avaliado MID, obser-
vou-se diminuição do edema e início de descamação importante
da pele. Portanto, encaminho para 10 sessões de câmara hiper-
bárica. 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: 5.05.20 Dr. Mateus L. Congosto
 MEDICO
 CRM-MA 11036
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

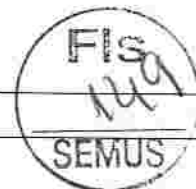
1 Anamnese:

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	

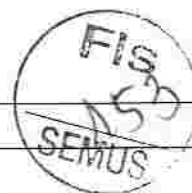
Data: 15/05/26

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente em R.O. de fraturas de membros inferiores com sinais de infecção de pele periparturiana + abscesso de pulmão + grande volume de secreção serosa. Histórico de 10 episódios de Hb pt oxigênio no tratamento.

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

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	x	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
21/05/2026	x	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	x	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026	x	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	x	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026	x	☒ 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: MARANHÃO 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: Complemento:

S/N 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 ☒

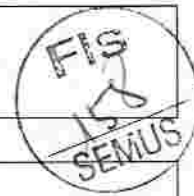
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M.Menegazzo, M.R.Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

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 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

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 NASCIONAL 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

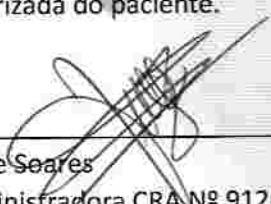
Justificativa de Múltiplas regulações

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 RESERVA 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 à 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)


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

UNIDADE EXECUTANTE

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

DADOS DO PACIENTE

CNS: 706403119115681	Nome do Paciente SENADOR ELIZEU DE MORAES	Nome Social/Apelido: ---	Data de Nascimento: 30/04/1947 (79 anos)	Sexo: MASCULINO
Nome da Mãe MARICOTA RODRIGUES CHAVES	Raça: PARDA	Município de Nascimento: LAGO DA PEDRA - MA	Tipo Sanguíneo: ---	
Nacionalidade: BRASILEIRA	Logradouro: RUA	Complemento: CASA	CEP: 77925-000	
País de Residência: BRASIL	Número: 114	Bairro: POV GROTA DO MEIO	Município de Residência: SAO MIGUEL DO TOCANTINS - TO	
Telefone(s): (99) 99193-1290 (<i>Exibir Lista Detalhada</i>)				

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	Data Desejada: ---	Data Solicitação: 29/05/2026	
Unidade Desejada: ---	Cód. Unificado: 0301100144	Cód. Interno: 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: 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
Medicine
CRM-MA 17425

Médico: (Identificação com assinatura e carimbo)

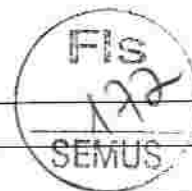
1 Anamnese:

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

2 Exame Físico:

Soluto 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:

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:

QUA • 20/05/2026 • 07:00hrs

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

Doença / Trauma no joelho e /
Frot. Láp do 5º DOCT o xisto de
urgência. Bloco Ao. p/ Hipertensão
no sistema.

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



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

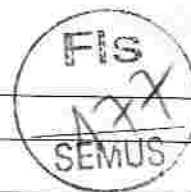
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	18
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data:
 Dr. Mateus L. Cançussu
 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 lesões. Não realizou de 10 dias de ATB.

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-MA 17425

+ Deussilene Arruda da Silva

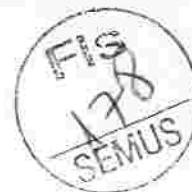
Assinatura do Paciente/Responsável

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:
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:
700807494241482Nome:
VINICIUS RESPLANDES DE SOUSA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:
SIMONE FERREIRA RESPLANDESSexo:
MASCULINOData Nascimento:
27/08/2008Idade:
17 anosTipo Sanguíneo:
---Raça:
PARDANaturalidade:
SÍTIO NOVO - MAacionalidade:
BRASILEIRATipo de Logradouro:
ALAMEDANome do Logradouro:
CONTORNONúmero:
S/NComplemento:
QD 46 LT 10Bairro:
VILA JARDIM POMPEIAMunicípio de Residência:
GOIANIA - GOCEP:
74690-020Telefone(s):
(99) 98557-3034 (*Exibir Lista Detalhada*)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
669717425Data de Solicitação:
26/05/2026Data de Aprovação:
26/05/2026Vaga 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

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

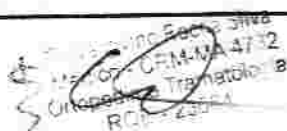
SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

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 osso da antea +
fechura.
Solicito Avaliacao CAMADA Hipertensao


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

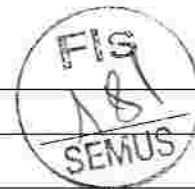
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	<u>17</u>
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

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

1 Anamnese: paciente em PO por lesão exposta em mto.

2 Exame Físico: lesão extensa em braço e tórax
sem sinais de infecção

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. Videofó

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

País 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 duração com fármacos e cultura
de controle da pressão arterial.
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 / Desbridamento	Em risco	Planejada <u>X</u>	Realizada
Dreno de Tórax	-	Sim	
Ventilação Mecânica	-	Sim	
Pernas / Mãos / 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 Suplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatoria 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
MEDICO
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 NASCIONAL 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

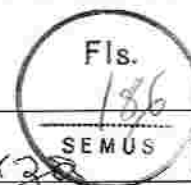
Amanda Barreto de Souza

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

100/30/30
Fis 189 L.32



Paciente: Arthur Gabriel Costa Lima
Data Nascimento: 27/06/2006 Idade: 09 anos Sexo: masculino E. Civil: solteiro
Convênio: Município CNS: 303 4060 2000 3 500 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: 20/04/2016
Dr. Mateus Langussu
 Médico
 CRM-MA 11036
 Médico (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Acidente de trânsito de trânsito em casa, vítima de acidente de trânsito, com lesões em membros superiores e inferiores, com alteração da consciência e lesões de pele.
 2 Exame Físico: paciente em estado de choque, com lesões de pele e membros superiores e inferiores.

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 Santana
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
12/05/2026		☐ 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: Cod. CNES:

CICATRIZAR 9415114

Endereço: Número:

DOM CILSARIO 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 telefones)

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: 01/01/2011

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 de membros inferiores

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 ressecamento dental.

Solicito OHA


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. Monteiro, 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

2 Exame Físico: hiperemia 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:

HHI HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

Cod. CNES:

2456672

Op. Solicitante:

KJP

Op. Autorizador:

KJP

Op. Videofonista:

PROFISSIONAL EXECUTANTE

Nome:

LICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 7

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefones:

(99) 3524-4093

CEP:

65903-085

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

770805976136889

Nome:

DARIO DE FREITAS OLIVEIRA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

MARIA IVANILDE RODRIGUES DE FREITAS OLIVEIRA

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

23/03/1990

Idade:

36 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

AMARELA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

SAO MIGUEL DO TOCANTINS - TO

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

AFONSO PENA

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Município de Residência:

SAO MIGUEL DO TOCANTINS - TO

CEP:

77925-000

Telefone(s):

(99) 3525-2425 (Exibir lista Detalhada)

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

CID:

R08

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 17:49:50



Secretaria Municipal da saúde / SUS

HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ

CNS: 700.8059.3833.6889

CPF: 934.308.953-87

Fls.

SEMUS

IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Dono Dr. Fátima 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. Não há no corpo de Hipertensão

Dr. Flávio Ribeiro Lana
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 410707EOT 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)

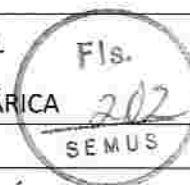
1 Anamnese:

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

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

SÃO 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 Autorizada)***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, 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	

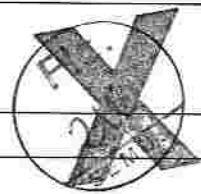
Data: 7 / 7 / 2014

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 IMPERATRIZCód. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:
CICATRIZAR
Endereço:
DOM CESARIO
Telefone:
99) 3524-4092
Profissional Executante:
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURACód. CNES:
9415114
Número:
170
CEP:
65903-083Op. Autorizador:
KJP
Complemento:
SALA 2
Bairro:
MARANHÃO NOVOVaga Consumida:
1ª Vez
Data Aprovação:
17/04/2026
Município:
IMPERATRIZ

Data e Horário de Atendimento:

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

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 98117-7996 (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. Múltiplos e trauma em paciente
apresentando fratura exposta de fêmur
Guilherme da Silva, 23 anos, Voto 10.
Atendimento de Emergência.

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: _____

Paciente: _____ Data Adm: _____ / _____ / _____
 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
Tabaqismo	-	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 / Destindamento	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. Botton. 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	15
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 1 1

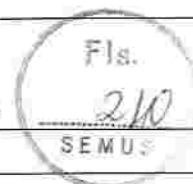
Dr. Mateus L. Corrêga
MÉDICO
CRM-MA 11036

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

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

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Luiz Roberto Silva Fls. 213
 Data Nascimento: 01/08/1947 Idade: 28 anos Sexo: 108 204 646 391 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 Suplement p35-1997

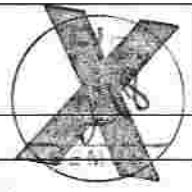
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	12
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

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

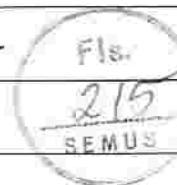
Gleice Barbosa dos Santos
Assinatura do Paciente/Responsável

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	+ Gluice Barbara dos Santos	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	+ Gluice Barbara dos Santos	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	+ Gluice Barbara 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:

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:

MARANHAO NOVO

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 22/04/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704005800390263

Nome:

IVANIO BEZERRA DE OLIVEIRA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

FRANCISCA BEZERRA DE OLIVEIRA

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

08/02/1975

Idade:

51 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Naturalidade:

SENADOR LA ROCQUE - MA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

HUMBERTO DE CAMPOS

Bairro:

VILA PARATI

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Número:

S/N

Complemento:

CEP:

65900-970

Telefone(s):

(99) 3523-0369 (*Exibir Lista Detalhada*)

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

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Unificado:

0301100144

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 17.124.523-91

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

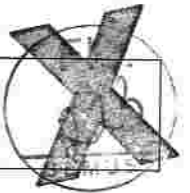
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	<u>24</u>
GIV > 31 pontos	

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 IMPERATRIZCod. CNES:
2456672Op. Solicitante:
KJPOp. Autorizador:
KJP

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
ODM CESÁRIO
Telefone:
99 3524-4092Cod. CNES:
9415114
Número:
370
CEP:
65903-083Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
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:
IOSEL DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
Raça:
SEM INFORMACAO
Naturalidade:

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
21/04/1988Idade:
35 anosNacionalidade:
BRASILEIRATipo de Logradouro:
INVALIDO
Bairro:
CENTRONome do Logradouro:
R TANCRÉDO NEVES
Município de Residência:
SÃO PEDRO DA ÁGUA BRANCA - MANúmero:
1082
CEP:
65920-000Telefone(s):
(61) 3315-2425 (Clique para Detalhar)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
664252658Data de Solicitação:
27/04/2026Data de Aprovação:
27/04/2026Vaga 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:
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: 201

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 e 2º graus de degeneração de coluna lombar
de sintomas persistentes. Refere dor e
limitação de movimento.

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: 23/04/2016
 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

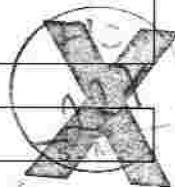
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	<u>49</u>
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 23/04/2016
 Médico: Dr. Marcelo Congussu
 Médico (identificação com assinatura e carimbo)
 CRM: 11036

1 Anamnese: Paciente com queimadura grave no tórax e membros superiores.

2 Exame Físico: Assimilado bem, sem sinais de infecção.

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 Ina
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 CESÁRIO

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:
EIVANIS 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

CNS: 907601203203690



Secretaria Municipal da saúde / SUS
HOSPITAL MUNICIPAL DE IMPERATRIZ



SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE ESPECIALISTA

PACIENTE: Wagner Roberto Gomes de Brito LEITO: 224
DA CLÍNICA: Neurologia PARA CLÍNICA: Neurologia
DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/01/2023 HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO: 08-00
CARÁTER DA AVALIAÇÃO () URGÊNCIA () NÃO URGENTE

HISTÓRIA CLÍNICA E JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente em tratamento de epilepsia
de longa data com uso contínuo de
medicamento. Última avaliação
em 08/01/2023 com controle
de crises. Solicitação de
avaliação de especialista
para acompanhamento
de longo prazo.

Dr. Wagner Roberto Gomes de Brito
Neurologia
CRM: 10.101.101.101

Assinatura e Carimbo

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL

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

REGISTRO DA AVALIAÇÃO

Assinatura e Carimbo

Data: 10/01/2023 Horário: 08-00

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

226
SEMUS



Paciente: Marcelo Carlos Naves Data Atd: 09/09/26
 Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____ E. Civil: _____
 Convênio: _____ Matricula: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Hospital: _____
 Cidade: _____ Cep: _____

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 / Descolamento	Em risco	Planejada	Realizada
Dreno de Tórax		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, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Silva. L.A. Barros. Unicepar & 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
 03/09/26
 19/09/26

1 Anamnese:

Requerido em 09/09/26 para ser feito

2 Exame Físico:

Após exame físico, paciente não requer

9415114

10400

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

[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
Cod. CNES: 9415114
Endereço: DOM CESARIO
Número: 170
Telefone: CEP: 65903-003
(99) 3524-4092

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
Complemento: C.S.A.
CEP: 65900-001

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
Classificação de Risco: AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Cod. Unificado: 02011001-H
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

X
2304

Data Atd. 23/04/2024

Paciente: KARLA EDUARDA SOUSA SILVA

Data Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: FEMININO E. Civil: _____

Convênio: MUNICÍPIO CNS: _____ Telefone: _____

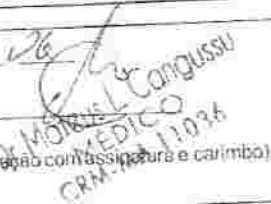
Endereço: _____ Bairro: _____

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 ☒	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
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. 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	15
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 23/04/24

 Médico (identificação com assinatura e carimbo)
 CRM: 11024

1 Anamnese: Paciente em PO de 48 horas de
formigão 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: DOM CESARIO
Número: 170
Telefone: CEP:
(99) 3524-4692 55903-983

Complemento: SA: A.2

Bairro: MARANHÃO NOVO

Município: IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

Data e Horário de Atendimento:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

SEG - 27/04/2026 - 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS: 760206409828622

Nome: OSVALDO PEREIRA LOPES

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe: MARIA PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 17/09/1960

Idade: 65 ANOS

Tipo Sanguíneo:

Raça: PARDAS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Naturalidade: ITARANTIM - BA

Tipo de Logradouro: INVALIDO

Nome do Logradouro: RUA DA ASSEMBLEIA

Número: 476

Complemento:

Bairro: VILA LOEAO

Município de Residência: IMPERATRIZ - MA

CEP: 65910-180

Telefone(s):

(99) 99147-7737 ([Exibir Lista Detalhada](#))

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

Data de Solicitação:

Data de Aprovação:

Vaga Solicitada:

Vaga Consumida:

664253428

27/04/2026

27/04/2026

1ª Vez

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante: FLAVIO RIBEIRO

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: 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. Montorio, 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: 23.04.26

Medico: (identificação com assinatura e carimbo)

LA MOUTZUS COAGULUS
CRIMIA 11036

1 Anamnese: *Paciente com queimadura de membro superior inferior no fêmur.*

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 IMPERATRIZ

Cod. CNES:
2450672

Op. Solicitante:
KIP

Op. Autorizador:
KIP

Op. Videofonista:

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 1

Bairro:
MARANHÃO NOVO

Município:
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:
16/02/1952

Idade:
74 anos

Número:

1513

Complemento:

CEP:
65901-260

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
663605359
CPF Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS
Procedimentos Autorizados:
OXIGENOTERAPIA POR DIA

Data de Solicitação:
23/04/2026
Data de Aprovação:
23/04/2026
Profissional Solicitante:
JULYAN

Vaga Solicitada:
1ª Vez

Vaga Consumida:
1ª Vez

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



VALÉRIO DE
IMPERATRIZ
CIDADE GRANDE

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 em 2º D312, apresenta lesão recente em 5º paraflexão à esquerda. Evoluiu com síndrome de compressão de 5º paraflexão esquerda, realizado há 5 dias. Solicita avaliação para realização de exames de imagem 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



DECLARAÇÃO DE CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

À Auditoria

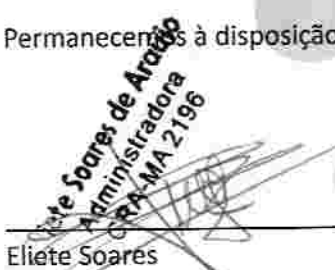
A Oxigenium Medicina Hiperbárica LTDA, inscrita no CNPJ sob o no 25.383.395/0001-80, vem por meio desta declarar e informar a cronologia dos atendimentos de Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) realizados em nossa unidade.

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 2026 - CEMI

0	QUANT. DE SESSÕES REALIZADAS	DATA REALIZ. DAS SESSÕES	NOME	CNS	CÓDIGO DE SOLICITAÇÃO	CHAVE DE CONFIRMAÇÃO	DATA DA REGULAÇÃO	DATA DA ALTA OHB
1	10	04/05/2026	BENTO JOSE DA ROCHA	700304942461539	665246688	97075	04/05/2026	15/05/2026
		05/05/2026						
		06/05/2026						
		07/05/2026						
		08/05/2026						
		11/05/2026						
		12/05/2026						
		13/05/2026						
		14/05/2026						
		15/05/2026						
2	10	04/05/2026	FRANCISCO DE ASSIS ALVES FERREIRA	704309510344790	665262825	87157	04/05/2026	EM TRATAMENTO
		05/05/2026						
		06/05/2026						
		07/05/2026						
		11/05/2026						
		12/05/2026						
		13/05/2026						
		14/05/2026						
		18/05/2026						
		30/05/2026						
3	10	12/05/2026	FRANCISCO FERREIRA CAMPOS	700008943823904	665709180	16676	06/05/2026	EM TRATAMENTO
		13/05/2026						
		14/05/2026						
		15/05/2026						
		18/05/2026						
		19/05/2026						
		20/05/2026						
		22/05/2026						
		25/05/2026						
		26/05/2026						

Fls. 271
SEMUS



Eliete Soares de Araújo
Administradora
CRA-MA 2196

4	10	06/05/2026	JOSE GASPAR DE OLIVEIRA	700005776456805	665217341	29419	05/05/2026	EM TRATAMENTO							
		07/05/2026													
		08/05/2026													
		11/05/2026													
		12/05/2026													
		13/05/2026													
		14/05/2026													
		15/05/2026													
		18/05/2026													
		22/05/2026													
5	10	13/05/2026	MARIA DOS REIS DE SOUSA	708701125027898	667154670	26348	13/05/2026	26/05/2026							
		14/05/2026													
		15/05/2026													
		18/05/2026													
		19/05/2026													
		20/05/2026													
		21/05/2026													
		22/05/2026													
		25/05/2026													
		26/05/2026													
6	8	20/05/2026	ROBERT DE JESUS SANTOS	702305198801419	668780981	36130	20/05/2026	EM TRATAMENTO							
		21/05/2026													
		22/05/2026													
		25/05/2026													
		26/05/2026													
		27/05/2026													
		28/05/2026													
		29/05/2026													
		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													
		7							7	04/05/2026	ANTONIO RAIMUNDO ROCHA DE SOUSA	700009736889401	664176139	70816	27/04/2026
05/05/2026															
06/05/2026															
07/05/2026															
11/05/2026															
12/05/2026															
13/05/2026															
06/05/2026															
07/05/2026															
11/05/2026															
8	6	12/05/2026	FRANCISCA PEREIRA DA SILVA	704808557764944	664160404	33897	27/04/2026	EM TRATAMENTO							

Fls.
242
SEMUS

Fls.
243
SEMUS

Eliete Soares de Araújo
Administradora
CRA-MA 2196

9	13/05/2026	6	JACKSON DAMIAO FERNANDES LIMA	700900932899499	664161579	20984	27/04/2026	11/05/2026
	14/05/2026							
	04/05/2026							
	05/05/2026							
	06/05/2026							
	07/05/2026							
10	08/05/2026	6	JANIO DA COSTA ABREU	70428211925589	664177138	74400	27/04/2026	11/05/2026
	11/05/2026							
	04/05/2026							
	05/05/2026							
	06/05/2026							
	07/05/2026							
11	08/05/2026	8	JOSE FERREIRA DE SALES	704805019808040	664611671	98890	29/04/2026	EM TRATAMENTO
	11/05/2026							
	12/05/2026							
	13/05/2026							
	04/05/2026							
	05/05/2026							
12	06/05/2026	7	LUIS LEONARDO DA COSTA	704708779757635	664329990	94767	29/04/2026	EM TRATAMENTO
	07/05/2026							
	08/05/2026							
	11/05/2026							
	12/05/2026							
	04/05/2026							
13	05/05/2026	6	MARIA DE FATIMA FERREIRA PAZ DE CARVALHO	7048405738546460	664163429	93009	27/04/2026	EM TRATAMENTO
	06/05/2026							
	07/05/2026							
	08/05/2026							
	11/05/2026							
	04/05/2026							
14	05/05/2026	6	MARIA DOS REIS DE SOUSA	708701125027898	664150317	94184	27/04/2026	11/05/2026
	06/05/2026							
	07/05/2026							
	08/05/2026							
	08/05/2026							
	08/05/2026							



Eliete Soares de Araújo
Administradora
CRA-MA 2196

15	7	11/05/2026 04/05/2026 05/05/2026 06/05/2026 07/05/2026 08/05/2026 11/05/2026 12/05/2026	ROBERT DE JESUS SANTOS	702305198801419	664536420	93783	28/04/2026	EM TRATAMENTO
16	6	04/05/2026 05/05/2026 06/05/2026 07/05/2026 08/05/2026 11/05/2026	RAIMUNDO NONATO SILVA NOGUEIRA	700005163607507	664156374	59485	27/04/2026	EM TRATAMENTO
17	6	04/05/2026 05/05/2026 06/05/2026 07/05/2026 08/05/2026 11/05/2026	VALDIR AZEVEDO ARAUJO	708005373098027	664166670	60291	27/04/2026	11/05/2026
18	6	04/05/2026 05/05/2026 06/05/2026 07/05/2026 08/05/2026 11/05/2026	SILVIA REGIA SANTANA	701202055276612	664162022	62068	27/04/2026	EM TRATAMENTO
19	6	04/05/2026 05/05/2026 06/05/2026 07/05/2026 08/05/2026 11/05/2026	ZENILDA COSTA DE JESUS	702409518847824	664164462	86874	27/04/2026	EM TRATAMENTO
Total de pacientes		19						
Total de sessões		141						

Fls.
277
25 JUL 2026



Eliete Soares de Ar
Administradora
CRA-MA-MA 2186

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

97075



UNIDADE SOLICITANTE

Nome: CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Cod. CNES: 636-802

Op. Solicitante: REG1612

Op. Autorizador: REG1612

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome: CECATUZAR

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: SEG - 04/05/2026 - 07:00hrs

Profissional Executante: PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS: 700304941461559

Nome: BENTO JOSE DA ROCHA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe: SENHORA MARIA DE JESUS

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 14/11/1952

Idade: 73 anos

Grupo Sanguíneo:

Raça: BRANCA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Naturalidade: JABOTICATUBAS - MG

Tipo de Logradouro: RUA

Nome do Logradouro: JOAO EFRAIM

Número: 350

Complemento:

Bairro: JOAO PAULO II

Município de Residência: IMPERATRIZ - MA

CEP: 65000-000

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação: 665246688

Data de Solicitação: 04/03/2026

Data de Aprovação: 04/05/2026

Vaga Solicitada: 1ª Vez

Vaga Consumida: 1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante: MATEUS CANGUSSU

Diagnóstico Inicial: OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

CID: R65

Classificação de Risco: AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados: OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado: 0201100146

Cod. Interno: 0103019

AVISO AO PACIENTE

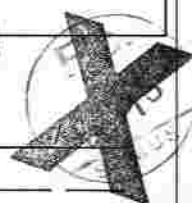
11/2017

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

Data da Extração dos Dados: 04/05/2026 08:56:55

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls. 246
SEMUS



Paciente: BENTO JOSE DA ROCHA Data Atd: 1
Data Nascimento: 14/11/1952 Idade: 73 Sexo: Masculino E. Civil:
Convênio: Município CNS: 700304942461539 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

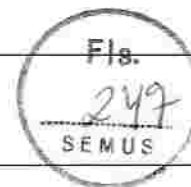
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Suplement p35-1997

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: 21/9/2016 Dr. Mateus L. Congussu
MÉDICO
CRM-MA 11036
Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente diabético com lesão ulcerada no pé
2 Exame Físico: ulcero e refluxo gaso bar.

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

BENTO JOSE DA ROCHA

DATA NASCIMENTO

14/11/1952 - 73 ANOS

CARTÃO NASCIONAL DE SAÚDE (CNS)

700304942461539

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99136-5119

CEP

00000-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Adriam da Silva Teixeira

621 344 333-15

MÉDICO SOLICITANTE

MATEUS L. CANGUSSU

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

04/05/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (X) 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

Adriam da Silva Teixeira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	Adriam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026	Adriam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Adriam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Adriam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026	Adriam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
11/05/2026	Adriam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

12/05/2026	Aluam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	Aluam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	Aluam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
15/05/2026	Aluam da S. Teixeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL



Chave de Confirmação:

87157

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESÁRIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SÉRGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704309510344790

Nome do Paciente

FRANCISCO DE ASSIS ALVES FERREIRA

Nome da Mãe

MARIA MADALENA ALVES

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

102

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 99165-8794 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

665262825

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:

6364802

Op. Solicitante:

REG1612

Op. Videofonista:

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 04/05/2026 • 07h00min

Op. Autorizador:

REG1612

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

04/05/2026

Município:

IMPERATRIZ

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

24/02/1972 (54 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Raça:

BRANCA

Município de Nascimento:

GOVERNADOR ARCHER - MA

Logradouro:

BANDEIRANTES

Bairro:

BACURI

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Complemento:

CEP:

65900-001

Situação Atual:

AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMAÇÃO / EXECUTANTE

CRM:

NULL

Nome Médico Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Data Solicitação:

04/05/2026

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

0103015

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

Data da Extração dos Dados: 12/05/2026 16:55:40

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls. 249
SEMUS



Paciente: FRANCISCO DE ASSIS ALVES FERREIRA Data Atd: _____
Data Nascimento: 24/02/1972 Idade: 54 Sexo: Masculino E. Civil: _____
Convênio: Município CNS: 704309510344790 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. 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	15
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

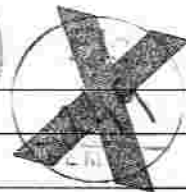
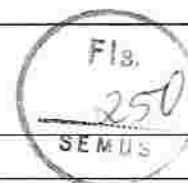
Data: 18.01.26
Dr. Flávio Ribeiro Luna
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400/TEOT 14558
Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Doença apresentada há cerca de 13 meses de início, com dor no membro superior direito, com início de dor no membro superior direito.

2 Exame Físico: Doença apresentada há cerca de 13 meses de início, com dor no membro superior direito, com início de dor no membro superior direito.

Dr. Flávio Ribeiro Luna
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400/TEOT 14558

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

FRANCISCO DE ASSIS ALVES FERREIRA

DATA NASCIMENTO

13/05/1974 – 51 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702305198801419

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98167-9952

CEP

65.919-280

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

05/05/2026

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 Sant'Ana
Médico
CRM-MA 17425

Francisco de Assis Alves Ferreira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	<i>Francisco de Assis Alves Ferreira</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Francisco de Assis Alves Ferreira</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Francisco de Assis Alves Ferreira</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Francisco de Assis Alves Ferreira</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
↓ 10/05/2026	<i>Francisco de Assis Alves Ferreira</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
↓ 21/05/2026	<i>Francisco de Assis Alves Ferreira</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

13/05/2026	Francisco de Assis Alves Ferreira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
14/05/2026	Francisco de Assis Alves Ferreira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
18/05/2026	Francisco de Assis Alves Ferreira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
30/05/2026	Francisco de Assis Alves Ferreira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



Chave de Confirmação:

16676

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700008943828904

Nome do Paciente

FRANCISCO FERREIRA CAMPOS

Nome da Mãe

MARIA DE LOURDES CAMPOS

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

270

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

665709180

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:

6364802

Op. Solicitante:

DBM

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 06/05/2026 • 07h00min

Op. Autorizador:

DBM

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Op. Videofonista:

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

05/05/2026

Município:

IMPERATRIZ

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

04/10/1966 (59 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Raça:

BRANCA

Município de Nascimento:

SAO BERNARDO - MA

Logradouro:

FREI EPIFANIO

Bairro:

VILA SANTA LUCIA

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Complemento:

CEP:

65912-060

Situação Atual:

AGENDAMENTO / PENDENTE CONFIRMAÇÃO / EXECUTANTE

CRM:

NULL

Nome Médico Solicitante:

FLAVIUS

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Data Solicitação:

05/05/2026

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

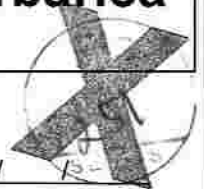
0103015

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

Data da Extração dos Dados: 13/05/2026 09:24:26

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls.
252
SEMUS



Paciente: FRANCISCO FERREIRA CAMPOS Data Atd: 1
Data Nascimento: 04/10/1966 Idade: 59 Sexo: MASCULINO E. Civil:
Convênio: MUNICIPIO Matrícula: 700008943838904 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

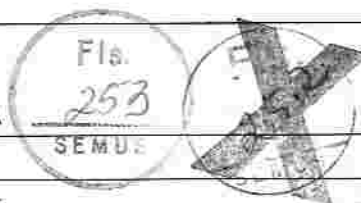
(*) The University of São Paulo (USP) Severity Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivellato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	
GIII 21 a 30 pontos	25
GIV > 31 pontos	

Data: 06/05/2026
 Dr. Gabriel de Santana
 Médico
 CRM-MA 17425
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:
paciente relata abscesso na região de região esternal,
envolvendo a formação de fistula local e drenagem de
 2 Exame Físico:
secreção purulenta. Sólido 10 pontos de DHB.
monito DHB.

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

FRANCISCO FERREIRA CAMPOS

DATA NASCIMENTO

04/10/1966 – 59 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700008943828904

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99187-9347

CEP

65.907-010

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 INÍCIO

15/04/2026

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:

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
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

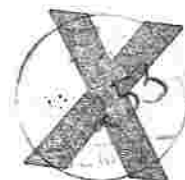
20/05/2026	<i>[Signature]</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	<i>[Signature]</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026	<i>[Signature]</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026	<i>[Signature]</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

29419 ✓



Nome: **UNIVERSAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Cod. CNES: **6364802**

Op. Solicitante: **DBM**

Op. Autorizador: **DBM**

Op. Videofonista:

Endereço: **AV. GABRIEL DE OLIVEIRA**

Nome: **RICARDO**
 Endereço: **AV. CESÁRIO**
 Telefone: **99 3524-4092**
 Profissional Executante: **WALDO GREGO SILVEIRA DE MOURA**

Complemento: **SALA 2**

Bairro: **MARANHAO NOVO**

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

TER • 05/05/2026 • 07:00hrs

Endereço do Paciente:

CNS: **12345678901234567890**
 Nome da Mãe: **ROSINEI DO CARMO OLIVEIRA**
 Tipo Sanguíneo: **A+**
 Nacionalidade: **BRASILEIRA**
 Tipo de Logradouro: **RUA**
 Bairro: **MARANHÃO NOVO**
 Telefone(s): **(99) 3524-5000 (Telefone Celular)**

Nome: **JOSE GASPAR DE OLIVEIRA**
 Sexo: **MASCULINO**
 Raça: **PRETA**
 Nacionalidade: **VALENÇA DO PIAUÍ - PI**

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento: **22/12/1947**

Idade: **78 anos**

Nome do Logradouro:

SOLSA LIMA

Número:

652

Complemento:

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

CEP:

65907-150

Código da Solicitação:

665217341

Data de Solicitação:

04/05/2026

Data de Aprovação:

04/04/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

FLAVIUS

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:

R08

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

WALDO GREGO SILVEIRA DE MOURA

22/11/2017

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

Data da Extração dos Dados: 04/05/2026 07:57:34

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica



Paciente: JOSE GASPAR DE OLIVEIRA

Data Atd: / /

Data Nascimento: 22/12/1947 Idade: 78

Sexo: Masculino

E. Civil: /

Convênio: Município CNS: 700005776456805 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: 20/04/20
 Dr. Flávio Ribeiro Lana
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-MA 10.400/TEOT 14555
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

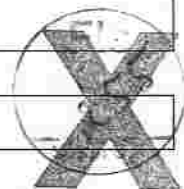
1 Anamnese:

Paciente portador de varicelapostolose num II
 e IIIo período em curso há 20 dias, crônica, e
 de celulite aguda.

2 Exame Físico:

Síndrome de hipertermia. Sinais de infecção
 de 10 dias de CIRS no âmbito da de tratamento.

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 GASPAR DE OLIVEIRA

DATA NASCIMENTO

22/12/1947 – 78 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700005776456805

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 99141-0606

CEP

65.907-150

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

02/03/2026

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

x Jose Gaspar de Oliveira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
06/05/2026	x Jose Gaspar de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	x Jose Gaspar de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	x Jose Gaspar de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	x Jose Gaspar de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
12/05/2026	x Jose Gaspar de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
13/05/2026	x Jose Gaspar de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

14/05/2026	ya srga. sn de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
15/05/2026	ya srga. sn de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
18/05/2026	ya srga. sn de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
22/05/2026	ya srga. sn de Oliveira	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

26348

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

Cod. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

JLC

Op. Autorizador:

JLC

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:

MARANHAO NOVO

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 13/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

708701125027898

Nome da Mãe:

TERESINHA DE JESUS DE SOUSA

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

VILA LOBAO

Telefone(s):

(99) 99202-7123 (*Exibir Lista Detalhada*)

Nome:

MARIA DOS REIS DE SOUSA

Sexo:

FEMININO

Raça:

PARDA

Naturalidade:

SAO JOAO DOS PATOS - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:

13/10/1965

Idade:

60 anos

Nome do Logradouro:

MARECHAL RONDON 1/99998

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Número:

537

Complemento:

CEP:

65910-110

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

667154670

Data de Solicitação:

12/05/2026

Data de Aprovação:

12/05/2026

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

1/11/2017

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

Data da Extração dos Dados: 12/05/2026 15:53:53

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Maria dos Reis de Souza Data Atd: SEM U/S
 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: 12/05/16
 Dr. Flávio Ribeiro Lana
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-MA 10.400/TEOT 14555
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Paciente em P.O. de tratamento em nível
1/2 doses de oxigênio hiperbárico. Sem sintomas
 2 Exame Físico: de 0 a 10 cm com controle do test.

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

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 DOS REIS DE SOUSA

DATA NASCIMENTO

13/10/1965 – 60 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

708701125027898

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99132-6601

CEP

65.904-311

NOME DO RESPONSÁVEL

FILIPPE DE SOUZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

CPF: 046.925.213-84

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

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:

Filipe de Souza

Assinatura do Paciente/Responsável

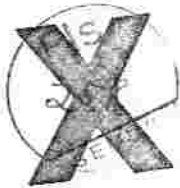
Dr. Gabriel de Santana
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
13/05/2026	<i>Filipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	<i>Filipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
15/05/2026	<i>Filipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
18/05/2026	<i>Filipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
19/05/2026	<i>Filipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
20/05/2026	<i>Filipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

24/05/2026	* Felipe de Souza	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
27/05/2026	* Felipe de Souza	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
25/05/2026	* Felipe de Souza	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
26/05/2026	* Felipe de Souza	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

36130 ✓

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Cod. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

JLC

Op. Autorizador:

JLC

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:

QUA • 20/05/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

702305198801419 ✓

Nome da Mãe:

MARIA MACIEL SANTOS

Tipo Sanguíneo:

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Bairro:

SANTA INES

Telefone(s):

(99) 98176-9925 (*Exibir Lista Detalhada*)

Nome:

ROBERT DE JESUS SANTOS

Sexo:

MASCULINO

Raça:

AMARELA

Naturalidade:

IMPERATRIZ - MA

Nome do Logradouro:

DA SOMBRA

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:

13/05/1974

Idade:

52 anos

Número:

392

Complemento:

CEP:

65919-280

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

668780981 ✓

CPF Profissional Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Data de Solicitação:

20/05/2026

Data de Aprovação:

20/05/2026

Profissional Solicitante:

XX

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: 20/05/2026 14:57:19

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: ROBERT DE JESUS SANTOS

Data Nascimento: 13/05/1974 Idade: 52 Sexo: MASCULIN E. Civil: _____

Convênio: MUNICIPIO CNS: 702305198801419 Telefone: _____

Endereco: _____ 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: 20 / 05 / 26

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

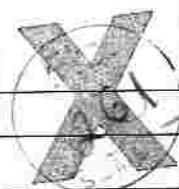
Dr. Flávio Ribeiro Luna
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 66.400/TEOT 14556
(m. assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

2 Exame Físico

Dr. Flávia Ribeiro Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10.400/EOT 14356

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

ROBERT DE JESUS SANTOS

DATA NASCIMENTO

13/05/1974 - 52 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702305198801419

TELEFONE PARA CONTATO

(99) 98167-9952

CEP

65.919-280

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

MATEUS L. CANGUSSU

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

25/03/2026

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:

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	
20/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
24/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
23/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
25/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
26/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
27/05/2026		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

28/10/2026			☒ PACIENTE
29/10/2026			☒ RESPONSÁVEL
			☐ PACIENTE
			☐ RESPONSÁVEL
			☐ PACIENTE
			☐ RESPONSÁVEL

Chave de Confirmação:

70816✓

Fls.
264

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:	Cód. CNES:	Op. Solicitante:	Op. Videofonista:
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	6364802	JLC	---

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:	Cód. CNES:	Op. Autorizador:	Vaga Consumida:
CICATRIZAR	9415114	JLC	1ª Vez
Endereço:	Número:	Complemento:	Data Aprovação:
DOM CESARIO	170	SALA 2	27/04/2026
Telefone:	CEP:	Bairro:	Município:
99) 3524-4092	65903-083	MARANHAO NOVO	IMPERATRIZ
Profissional Executante:	Data e Horário de Atendimento:		
PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA	SEG • 27/04/2026 • 07h00min		



DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apelido:	Data de Nascimento:	Sexo:
700009736869401 ✓	---	27/06/1957 (68 anos)	MASCULINO
Nome do Paciente	Raça:	Município de Nascimento:	Tipo Sanguíneo:
ANTONIO RAIMUNDO ROCHA DE SOUSA	AMARELA	SAO RAIMUNDO DAS MANGABEIRAS - MA	---
Nome da Mãe	Logradouro:	Complemento:	
MARIA MADALENA ALVES DA ROCHA	QUINZE DE NOVEMBRO	CASA ANTONIO RAIMUNDO	
Nacionalidade:	Bairro:	CEP:	
BRASILEIRA	NOVA IMPERATRIZ	65900-050	
Tipo Logradouro:	Município de Residência:		
RUA	IMPERATRIZ - MA		
Número:			
21			
País de Residência:			
BRASIL			
Telefone(s):			
(99) 9198-7761 • (99) 98493-2690 (Exibir Lista Detalhada)			

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:	Situação Atual:	
664176139 ✓	AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE	
CPF do Médico Solicitante:	Nome Médico Solicitante:	Vaga Solicitada:
---	MATHEUS SOUSA	1ª Vez
Diagnóstico Inicial:	CID:	Risco:
OUTROS SINTOMAS E SINAIS GERAIS	R68	AZUL - Atendimento Eletivo
Central Reguladora:		
IMPERATRIZ		
Unidade Desejada:	Data Desejada:	Data Solicitação:
---	---	27/04/2026
Procedimentos Solicitados:	Cód. Unificado:	Cód. Interno:
OXIGENOTERAPIA POR DIA	0301100144	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 16:20:51

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Antonio Roberto do Silva Data Atd: 27/09/2016
 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	
Perfneo / 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	

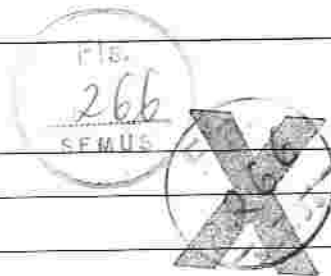
Data: 27/09/2016

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Queimadura com lesão ulcerada
em pé direito

2 Exame Físico: lesão 3 dedos, 6 cm x 4 cm
em pé direito

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

ANTONIO RAIMUNDO ROCHA DE SOUSA

DATA NASCIMENTO

27/06/1957

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700009736869401

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

MATEUS LIMA CANGUSSU

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

28/04/2026

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 Sousa
Médico
CRM-MA 17.425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	Antonio Rocha de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	Cangussu	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Antonio Rocha de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Antonio Rocha de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	Cangussu	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
12/05/2026	Antonio Rocha de Sousa	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

		☒ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
13/05/2026	ANTONIO RIBEIRO	☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

FIS.
266

Chave de Confirmação:

33897 ✓

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704808557764944 ✓

Nome do Paciente

FRANCISCA PEREIRA DA SILVA ✓

Nome da Mãe

MARIA DA ANUNCIACAO

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

485

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 98485-9995 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664160404 ✓

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:

6364802

Op. Solicitante:

JLC

Op. Videofonista:

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07h00min ✓

Op. Autorizador:

JLC

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

27/04/2026

Município:

IMPERATRIZ

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

01/01/1956 (70 anos)

Sexo:

FEMININO

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Município de Nascimento:

ESPERANTINOPOLIS - MA

Logradouro:

HENRIQUE DE LA ROQUE

Bairro:

BACURI

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Complemento:

CEP:

65901-410

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

CRM:

NULL

Nome Médico Solicitante:

MATHEUS SOUSA

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Data Solicitação:

27/04/2026

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

0103015

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

Data da Extração dos Dados: 12/05/2026 12:22:44

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls. 268
SEMUS

Paciente: Francisco Roberto da Silva Data Atd: 27/07/26
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
Crépitação 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) Seventy Score for hyperbaric oxygen patients. M. D'Agostinho Dias, S.V. Trivallato, J.A. Monterio, C.H. Esteves, L.M. Menegazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodon. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

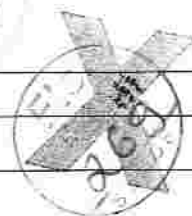
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	☒
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 27/07/26
Dr. Moisés Gonçalves
CRM/PA 11036
Médico: (Identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente com ulcera venosa
na perna d.
2 Exame Físico: ulcera mais bem, algo xerótica

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

Fls.
269
SEMU



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

DATA NASCIMENTO

01/01/1956 – 70 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704808557764944

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98456-5765

CEP

65.901-430

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
06/05/2026	x Karla Vitória Lima Oliveira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	x Karla Vitória Lima Oliveira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
11/05/2026	x Karla Vitória Lima Oliveira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
12/05/2026	x Karla Vitória Lima Oliveira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	x Karla Vitória Lima Oliveira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
14/05/2026	x Karla Vitória Lima Oliveira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

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

Chave de Confirmação:

20984 ✓

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700900932999499 ✓

Nome do Paciente

JACKSON DAMIAO FERNANDES LIMA ✓

Nome da Mãe

RANCISCA FERNANDES LIMA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

233

Pais de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 9856-8486 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664161579 ✓

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

OUTROS SINTOMAS E SINATS GERAIS

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Cód. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

JLC

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07h00min ✓

Op. Autorizador:

JLC

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Op. Videofonista:

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

27/04/2026

Município:

IMPERATRIZ

Nome Social/Apelido:

Raça:

AMARELA

Município de Nascimento:

IMPERATRIZ - MA

Logradouro:

RUI BARBOSA

Bairro:

PQ ALVORADA II

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Data de Nascimento:

18/05/1984 (41 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Complemento:

CEP:

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

Nome Médico Solicitante:

MATHEUS SOUSA

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Cód. Unificado:

0301100144

Data Solicitação:

27/04/2026

Cód. Interno:

0103015

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

Data da Extração dos Dados: 12/05/2026 12:42:10

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

SEMU

Paciente: John Damião F. Mendes Data Atd: 27, 07, 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	2-6 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

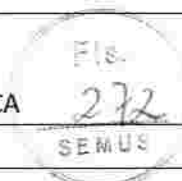
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	11
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 27/07/20
 Dr. Mateus Congussu
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente com lesão de crânio

2 Exame Físico: paciente em repouso

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

JACKSON DAMIÃO FERNANDES LIMA

DATA NASCIMENTO

18/05/1984 – 41 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700900932999499

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99209-2116

CEP

65.915-822

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

MATEUS LIMA CANGUSSU

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

27/04/2026

EM TRATAMENTO

(X) SIM () 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 Ju
Médico
CRM-MA 17425

Jackson Damiano Fernandes Lima

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	<i>Jackson Damiano Fernandes Lima</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Jackson Damiano Fernandes Lima</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Jackson Damiano Fernandes Lima</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Jackson Damiano Fernandes Lima</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	<i>Jackson Damiano Fernandes Lima</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	<i>Jackson Damiano Fernandes Lima</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL ☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

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

Chave de Confirmação:

74400 ✓

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Cód. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

JLC

Op. Videofonista:

Cód. CNES:

9415114

Op. Autorizador:

JLC

Vaga Consumida:

1ª Vez

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Data Aprovação:

27/04/2026

CEP:

65903-083

Bairro:

MARANHAO NOVO

Município:

IMPERATRIZ

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07h00min ✓

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704208211925589 ✓

Nome do Paciente

JANIO DA COSTA ABREU ✓

Nome da Mãe

LUISA DE JESUS DA COSTA ABREU

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

789

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 99143-7071 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

28/12/1972 (53 anos)

Sexo:

MASCULINO

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Município de Nascimento:

MONTES ALTOS - MA

Logradouro:

TIRADENTES

Bairro:

VILA NOVA

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Complemento:

CEP:

65912-035

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664177138 ✓

CPF do Médico Solicitante:

CRM:

NULL

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

Nome Médico Solicitante:

MATHEUS RIZZO

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:

27/04/2026

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cód. Unificado:

0301100144

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: 12/05/2026 12:50:28

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: João de Deus da Silva Data Atd: 22/01/2016
 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
Delútil	< 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. Montano, C.H. Esteves, L.M. Merigazzo, M.R. Sousa, L.A. Bodoni. Undersea & Hyperbaric Medicine V. 24 Supplement p35-1997

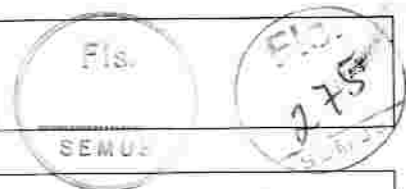
Classificação em 4 grupos (I a IV) pela soma dos pontos	
GI < 10 pontos	
GII 11 a 20 pontos	18
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 22/01/2016
 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

JANIO DA COSTA ABREU

DATA NASCIMENTO

28/12/1972 - 53 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704208211925589

TELEFONE PARA CONTATO

(94)99972-3370

CEP

65.922-000

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

MATEUS LIMA CANGUSSU

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

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 da Sampaia
Médico
CRM-MA 17429

x Janio da Costa Abreu

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	x Janio da Costa Abreu	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	x Janio da Costa Abreu	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	x Janio da Costa Abreu	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	x Janio da Costa Abreu	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	x Janio da Costa Abreu	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	x Janio da Costa Abreu	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

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

Chave de Confirmação:

99890

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704805019808040

Nome do Paciente

JOSE FERREIRA DE SALES

Nome da Mãe

MARIA DE SALES PINHO

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

INVALIDO

Número:

1471

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(61) 3315-2425 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664611671

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:

6364802

Op. Solicitante:

REG1045

Op. Videofonista: --

Cód. CNES:

9415114

Op. Autorizador:

REG1045

Vaga Consumida:

1ª Vez

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Data Aprovação:

29/04/2026

CEP:

65903-083

Bairro:

MARANHAO NOVO

Município:

IMPERATRIZ

Data e Horário de Atendimento:

QUA • 29/04/2026 • 07h00min

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

11/10/1946 (79 anos)

Sexo:

MASCULINO

Raça:

SEM INFORMACAO

Tipo Sanguíneo:

Município de Nascimento:

Logradouro:

R TREZE DE MAIO

Complemento:

Bairro:

JUCARA

CEP:

65900-970

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

CRM:

NULL

Nome Médico Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

Vaga Solicitada:

1ª Vez

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Data Desejada:

Data Solicitação:

29/04/2026

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

0103015

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

Data da Extração dos Dados: 25/05/2026 16:21:38

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: JOSE FERREIRA DE SALES

Data Atd: 1 / 1

Data Nascimento: 11/10/1945 Idade: 80

Sexo: Masculino

E. Civil: _____

Convênio: Município

CNS: 704805019808040

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
FC Alteração Intática	-	Sim	
Ampulação / 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. Monteiro, G.H. Esteves, L.M. Menegazzi, 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

19

Data: 11/11/16

Dr. Flávio Ribeiro Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10495 TEOT 14556

Médico (Identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese

2 Exame Físico

Dr. Flávio Ribeiro Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 10495 TEOT 14556

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

JOSE FERREIRA DE SALES

DATA NASCIMENTO

11/10/1946 - 79 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704805019808040

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

65.900-970

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

07/10/2026

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	Cledonilton P. Sales	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026	Cledonilton P. Sales	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Cledonilton P. Sales	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Cledonilton P. Sales	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026	Cledonilton P. Sales	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
11/05/2026	Cledonilton P. Sales	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

12/05/2026	Clodonilton 8 Sob	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
13/05/2026	Clodonilton 7a Sob	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

94767

DADOS SOLICITANTE

Nome:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Cod. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

REG1612

Op. Autorizador:

REG1612

Op. Videofonista:

DADOS EXECUTANTE

Nome:

Cod. CNES:

CLATIZAR

9415114

Endereço:

Número:

DOM CESARIO

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

CEP:

59 3524-4092

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Profissional Executante:

Data e Horário de Atendimento:

PAULO SÉRGIO SILVESTRE DE MOURA

TER • 28/04/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

764708779757635

Nome:

LUIS LEONARDO DA COSTA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

RICARDINA LEONARDO DA COSTA

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

24/01/1941

Idade:

85 anos

Sanguíneo:

Raça:

PRETA

Naturalidade:

TERESINA - PI

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

Nome do Logradouro:

RUA

BETA

Número:

1485

Complemento:

Bairro:

Município de Residência:

SAO SALVADOR

IMPERATRIZ - MA

CEP:

00000-000

Telefone(s):

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664329990

Data de Solicitação:

28/04/2026

Data de Aprovação:

28/04/2026

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: 28/04/2026 09:27:20

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fls. 280

Paciente: LUIZ LEONARDO DA COSTA Data Atd.: 1/7
 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	22
GIV > 31 pontos	

Data: 24/04/26
 Dr. Flávio Ribeiro Lana
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-MG nº 400/TEOT 14556
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente portador de DM e HAS e longa história
de uso de insulina e medicamentos. Não está no uso
 2 Exame Físico: de Hipertensão

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

LUIS LEONARDO DA COSTA

DATA NASCIMENTO

24/01/1941 - 85 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

704805019808040

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

65.900-970

NOME DO RESPONSÁVEL

COSTANCIA SILVA LIMA DA COSTA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

FLAVIUS RIBEIRO

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

10400

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

25/03/2026

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

Costancia Silva Lima da Costa

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
07/05/2026	Costancia Silva Lima da Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026	Costancia Silva Lima da Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Costancia Silva Lima da Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Costancia Silva Lima da Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026	Costancia Silva Lima da Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
11/05/2026	Costancia Silva Lima da Costa	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

12/05/2026	comstancia de lva lima e bosta	☐ PACIENTE
		☒ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL

Chave de Confirmação:

93009 ✓

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

708405738546462 ✓

Nome do Paciente

MARIA DE FATIMA FERREIRA PAZ DE CARVALHO ✓

Nome da Mãe

ROSALIA DE CARVALHO PAZ

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

952

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 98122-9731 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664163429 ✓

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

EXAME RADIOLOGICO NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Cód. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

LETH

Op. Videofonista:

Cód. CNES:

9415114

Op. Autorizador:

LETH

Vaga Consumida:

1ª Vez

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Data Aprovação:

27/04/2026

CEP:

65903-083

Bairro:

MARANHAO NOVO

Município:

IMPERATRIZ

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07h00min ✓

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

07/12/1973 (52 anos)

Sexo:

FEMININO

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Município de Nascimento:

EXU - PE

Logradouro:

SERGIPE 1/99998

Bairro:

NOVA IMPERATRIZ

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Complemento:

CASA

CEP:

65907-273

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

Nome Médico Solicitante:

MATEUS CANGUSSU

Vaga Solicitada:

1ª Vez

CTD:

Z016

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Data Desejada:

Data Solicitação:

27/04/2026

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

0103015

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

Data da Extração dos Dados: 13/05/2026 10:01:46

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

283

Paciente: Maria J. Fátima Fereis Data Atd: 27.04.26
 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: 27.04.26
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente com escoriação na região
perineal

2 Exame Físico: lesão ulcerada profunda, com
debriso

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

284
5-11-25

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 DE FATIMA FERREIRA PAZ DE CARVALHO

07/12/1973 - 52 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

708405738546462

(99)99120-7275

65.907-273

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

MATEUS L. CANGUSSU

CRM-MA

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

10/03/2026

(X) SIM () NÃO

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

Maria de Fatima Ferreira Paz Carvalho

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA		ASSINATURA	
04/05/2026	x		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	x		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	x		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	x		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	x		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	x		☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

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

Chave de Confirmação:

94164 ✓

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

Cód. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

JLC

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:

SEG • 27/04/2026 • 07h00min

Op. Autorizador:

JLC

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

27/04/2026

Município:

IMPERATRIZ

DADOS DO PACIENTE

CNS:

708701125027898 ✓

Nome do Paciente

MARIA DOS REIS DE SOUSA ✓

Nome da Mãe

TERESINHA DE JESUS DE SOUSA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

537

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 99202-7123 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

13/10/1965 (60 anos)

Sexo:

FEMININO

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Município de Nascimento:

SAO JOAO DOS PATOS - MA

Logradouro:

MARECHAL RONDON 1/99998

Bairro:

VILA LOBAO

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Complemento:

CEP:

65910-110

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664150317 ✓

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:

MATHEUS SOUSA

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Data Solicitação:

27/04/2026

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: 12/05/2026 17:23:19

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

286
15.04.26

Paciente: Moran dos Reis J. Silva Data Atd: 27.10.26
 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 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: 27.10.26

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Doença com ferida poronal
sem infecção

2 Exame Físico: sem ferida
sem ferida

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

MARIA DOS REIS DE SOUSA

DATA NASCIMENTO

13/10/1965 – 60 ANOS

CARTÃO NASCIONAL DE SAÚDE (CNS)

708701125027898

TELEFONE PARA CONTATO

(99)99118-0264

CEP

65.904-311

NOME DO RESPONSÁVEL

FELIPE DE SOUZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

CPF: 046.925.213-84

MÉDICO SOLICITANTE

MATEUS L. CANGUSSU

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

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 Santa Rita
Médico
CRM-MA 17425

Felipe de Souza

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	<i>Felipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Felipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Felipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Felipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026	<i>Felipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
11/05/2026	<i>Felipe de Souza</i>	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

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

Chave de Confirmação:

93783

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

702305198801419

Nome do Paciente

ROBERT DE JESUS SANTOS

Nome da Mãe

MARTA MACIEL SANTOS

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

392

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 98176-9925 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664536420

CPF do Médico Solicitante:

Diagnóstico Inicial:

EXAME RADIOLOGICO NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE

Central Reguladora:

IMPERATRIZ

Unidade Desejada:

Procedimentos Solicitados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

AVISOS DO MUNICÍPIO

22.11.2017

Cód. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

LETH

Op. Videofonista:

Cód. CNES:

9415114

Número:

170

CEP:

65903-083

Data e Horário de Atendimento:

TER • 28/04/2026 • 07h00min

Op. Autorizador:

LETH

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHAO NOVO

Vaga Consumida:

1ª Vez

Data Aprovação:

28/04/2026

Município:

IMPERATRIZ

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

13/05/1974 (52 anos)

Sexo:

MASCULINO

Raça:

AMARELA

Município de Nascimento:

IMPERATRIZ - MA

Logradouro:

DA SOMBRA

Bairro:

SANTA INES

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Tipo Sanguíneo:

Complemento:

CEP:

65919-280

Situação Atual:

AGENDAMENTO / CONFIRMADO / EXECUTANTE

Nome Médico Solicitante:

FLAVIUS RIBEIRO

CID:

Z016

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Data Solicitação:

28/04/2026

Cód. Unificado:

0301100144

Cód. Interno:

0103015

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

Data da Extração dos Dados: 13/05/2026 15:30:43

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

289

Paciente: **ROBERT DE JESUS SANTOS**

Data Atd: _____

Data Nascimento: **13/05/1974** Idade: **51**

Sexo: **Masculino**

E. Civil: _____

Convênio: **Município** CNS: **702305198801419** 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	-	<u>Sim</u>	
Hipertensão arterial sistêmica	-	<u>Sim</u>	
Queimadura	-	<30% superfície Corporal	> 30% superfície corporal
Osteomielite	-	Sim	Com exposição óssea
Toxemia	-	Moderada	Intensa
Choque	-	Estabilizado	Instável
Infeção/Secreção	Pouca	<u>Moderada</u>	Acentuada
> 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
FO 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	
GIII 21 a 30 pontos	<u>Q3</u>
GIV > 31 pontos	

Data: 28/07/2026

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

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

ROBERT DE JESUS SANTOS

DATA NASCIMENTO

13/05/1974 – 52 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702305198801419

TELEFONE PARA CONTATO

(99)98167-9952

CEP

65.919-280

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

24/03/2026

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026		☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

17/05/2026		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL
		☐ PACIENTE
		☐ RESPONSÁVEL



AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

59485

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

Cod. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

JLC

Op. Autorizador:

JLC

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

IMPERATRIZ

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

DOM CESARIO

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Bairro:

MARANHÃO NOVO

Telefone:

(90) 3524-4092

CEP:

65903-083

Município:

IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

700005163607507

Nome:

RAIMUNDO NONATO SILVA NOGUEIRA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

ANTONIA DA SILVA NOGUEIRA

Sexo:

MASCULINO

Data Nascimento:

31/07/1967

Idade:

58 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

AMARELA

Naturalidade:

BACABAL - MA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

SOUSA LIMA 1/99998

Número:

23

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

CEP:

65900-320

Telefone(s):

(99) 99175-1489 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664156374

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:

MATHEUS SOUSA

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

11/2017

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

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 14:14:45

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Renato Augusto Data Atd: 27.09.16 292
 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: 27.09.16

Victor C. Conquist
MÉDICO
CRM 1036

Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: Renato informou que não
tem mais dor no pé direito

2 Exame Físico: sem alteração em pé direito

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

293

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

CNES

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

RAIMUNDO NONATO SILVA NOGUEIRA

DATA NASCIMENTO

31/07/1967 - 58 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700005163607507

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

65.900-320

NOME DO RESPONSÁVEL

ROSANGELA LADEIRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

MATHEUS SOUSA

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

23/02/2026

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 Santana
Médico
CRM-MA 17425

Rosangela Ladeira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	
04/05/2026	Rosangela Ladeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
05/05/2026	Rosangela Ladeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
06/05/2026	Rosangela Ladeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
07/05/2026	Rosangela Ladeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
08/05/2026	Rosangela Ladeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL
11/05/2026	Rosangela Ladeira	☐ PACIENTE ☒ RESPONSÁVEL

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

Chave de Confirmação:

60291

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:

CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:

CICATRIZAR

Endereço:

DOM CESARIO

Telefone:

99) 3524-4092

Profissional Executante:

PAULO SERGIO SILVESTRE DE MOURA

Cód. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

JLC

Op. Videofonista:

Cód. CNES:

9415114

Op. Autorizador:

JLC

Vaga Consumida:

1ª Vez

Número:

170

Complemento:

SALA 2

Data Aprovação:

27/04/2026

CEP:

65903-083

Bairro:

MARANHAO NOVO

Município:

IMPERATRIZ

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07h00min

DADOS DO PACIENTE

CNS:

708005373098027

Nome do Paciente

VALDIR AZEVEDO ARAUJO

Nome da Mãe

LZENIR AZEVEDO ARAUJO

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

457

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(99) 9212-0723 (*Exibir Lista Detalhada*)

Nome Social/Apelido:

Data de Nascimento:

09/08/1955 (70 anos)

Sexo:

MASCULINO

Raça:

AMARELA

Município de Nascimento:

VITORINO FREIRE - MA

Logradouro:

QUINTINO BOCAIUVA

Bairro:

BOM SUCESSO

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

Tipo Sanguíneo:

Complemento:

CEP:

65905-050

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664165670

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:

MATHEUS SOUSA

CID:

R68

Risco:

AZUL - Atendimento Eletivo

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Data Desejada:

Data Solicitação:

27/04/2026

Cód. Unificado:

0301100144

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: 12/05/2026 15:21:15

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Paciente: Valdir Aguiar de Azevedo Data Adm: 27.09.2016
 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. Monegazzo, 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: 27.09.2016
 Médico: (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese:

2 Exame Físico:

CONTROLE DE FREQUENCIA INDIVIDUAL
TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

296

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELACIMENTO DE SAÚDE

CNES

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

9415114

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

DATA NASCIMENTO

VALDIR AZEVEDO ARAUJO

09/08/1955 – 70 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

708005373098027

65.905-050

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

CONSELHO PROFISSIONAL

NÚMERO NO CONSELHO

MATEUS LIMA CANGUSSU

CRM-MA

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

EM TRATAMENTO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

27/04/2026

(X) SIM () NÃO

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
Médico
CRM-MA 17425

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Responsável Técnico

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

DATA	ASSINATURA	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
04/05/2026	x Valdir Azevedo Araujo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	x Valdir Azevedo Araujo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	x Valdir Azevedo Araujo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	x Valdir Azevedo Araujo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	x Valdir Azevedo Araujo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	x Valdir Azevedo Araujo	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

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

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

62068

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Cod. CNES:

6364802

Op. Solicitante:

LETH

Op. Autorizador:

LETH

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:

CICATRIZAR

Cod. CNES:

9415114

Endereço:

ODM 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:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs

DADOS DO PACIENTE

CNS:

701202055276612

Nome:

SILVIA REGIA SANTANA

Nome Social / Apelido:

Nome da Mãe:

TERESINHA DE JESUS SANTANA

Sexo:

FEMININO

Data Nascimento:

01/01/1971

Idade:

55 anos

Tipo Sanguíneo:

Raça:

PARDA

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Naturalidade:

IMPERATRIZ - MA

Tipo de Logradouro:

RUA

Nome do Logradouro:

SÃO JOSÉ

Número:

460

Complemento:

Bairro:

VILA LOBÃO

Município de Residência:

IMPERATRIZ - MA

CEP:

65910-130

Telefone(s):

(99) 98177-2000 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:

664162022

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:

MATEUS CANGUSSU

Diagnóstico Inicial:

EXAME RADIOLOGICO NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE

CID:

Z016

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

Cod. Unificado:

0301100144

Cod. Interno:

0103015

AVISO DO MUNICÍPIO

2/11/2017

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

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 14:25:38

7 hs
longeio

(Silvia)

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

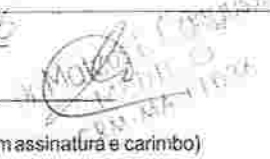
298

Paciente: Silvia Regina Santana Data Atd: 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	
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>20</u>
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 27/09/20
Médico: (identificação com assinatura e carimbo)


1 Anamnese: Paciente em PO e cirurgia cardíaca
com diagnóstico de aneurisma
de aorta abdominal e de tórax
2 Exame Físico: Mucosa amarelada, bps na face

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

SILVA REGINA SANTANA

DATA NASCIMENTO

01/01/1971 - 55 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70120255276612

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

65.910-130

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

MATEUS CANGUSSU

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

25/03/2026

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:

06

Sessões de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)

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

Silvia Regina Santana

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>Silvia Regina Santana</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Silvia Regina Santana</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Silvia Regina Santana</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Silvia Regina Santana</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	<i>Silvia Regina Santana</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	<i>Silvia Regina Santana</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS



Chave de Confirmação:

86874

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDECod. CNES:
6364802Op. Solicitante:
LETHOp. Autorizador:
LETH

Op. Videofonista:

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:
CICATRIZAR
Endereço:
RUA CESÁRIO
Telefone:
(99) 3524-4092Cod. CNES:
9415114
Número:
170
CEP:
65903-083Complemento:
SALA 2Bairro:
MARANHÃO NOVOMunicípio:
IMPERATRIZ - MA

Data e Horário de Atendimento:

SEG • 27/04/2026 • 07:00hrs

Profissional Executante:

PAULO SÉRGIO SILVESTRE DE MOURA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
252409518847824
Nome da Mãe:
HELISBERTA FERRAZ DA COSTA
Tipo Sanguíneo:Nome:
ZENILDA COSTA DE JESUS
Sexo:
FEMININO
Raça:
BRANCA
Naturalidade:
PINHEIROS - ES

Nome Social / Apelido:

Data Nascimento:
21/08/1979Idade:
55 anosNacionalidade:
BRASILEIRATipo de Logradouro:
AVENIDA
Bairro:
CONJUNTO NOVA VITÓRIANome do Logradouro:
TRÊS
Município de Residência:
IMPERATRIZ - MANúmero:
03
CEP:
65915-010

Telefone(s):

(99) 98461-1042 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
664164462Data de Solicitação:
27/04/2026Data de Aprovação:
27/04/2026Vaga Solicitada:
1ª VezVaga Consumida:
1ª Vez

CPF Profissional Solicitante:

Profissional Solicitante:
MATEUS CANGUSSU

Diagnóstico Inicial:

EXAME RADIOLOGICO NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE

Procedimentos Autorizados:

OXIGENOTERAPIA POR DIA

CID:
Z016Cod. Unificado:
0301100144

Classificação de Risco:

AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO

Cod. Interno:
0103015

DADOS DO MUNICÍPIO

22/11/2017

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

Data da Extração dos Dados: 27/04/2026 14:30:21

Solicitação de Oxigenoterapia Hiperbárica

Fig. 301
SEMUS

Paciente: Fernando Costa de Jesus Data Atd: 27.01.26
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. Monteno, 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	59
GIII 21 a 30 pontos	
GIV > 31 pontos	

Data: 27.01.26 Concussão
Médico (identificação com assinatura e carimbo)

1 Anamnese: paciente com trauma tipo I
na região da cabeça
2 Exame Físico: ultra-sonografia com lesão da medula

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

ZENILDA COSTA DE JESUS

DATA NASCIMENTO

21/08/1970 - 55 ANOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702409518847824

TELEFONE PARA CONTATO

CEP

65.915-010

NOME DO RESPONSÁVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE

MATEUS CANGUSSU

CONSELHO PROFISSIONAL

CRM-MA

NÚMERO NO CONSELHO

11036

TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

DATA DE INICIO

27/04/2026

EM TRATAMENTO

() SIM (X) NÃO

DATA DE ALTA HMI/HMII

DATA DE ALTA OHB

21/05/2026

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:

Zenilda Costa de Jesus

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>Zenilda Costa de Jesus</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
05/05/2026	<i>Zenilda Costa de Jesus</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
06/05/2026	<i>Zenilda Costa de Jesus</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
07/05/2026	<i>Zenilda Costa de Jesus</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
08/05/2026	<i>Zenilda Costa de Jesus</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL
11/05/2026	<i>Zenilda Costa de Jesus</i>	☒ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



ADITIVO

ADITIVO Nº 01 AO CONTRATO Nº 027/2026-SEMUS, PREGÃO ELETRÔNICO Nº 002/2026-CPL, PROCESSO Nº 02.19.00.2298/2025-SEMUS, REFERENTE À CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB), PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, COM 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, QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E A EMPRESA OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA, NA FORMA ABAIXO.

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, sediada na Av. Dorgival Pinheiro de Sousa, nº 47, Centro, nesta cidade, CNPJ/MF nº 00.939.023/0001-66, doravante designada **CONTRATANTE**, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, **LINEKER COSTA SILVA**, nomeado pela Portaria nº 5.121, de 31 de março de 2026, publicada no DOU de 31 de março de 2026, portador da Matrícula nº 852752, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 0283330520040 GEJUSPC/MA e do CPF/MF nº 035.516.373-00, doravante denominada simplesmente de **CONTRATANTE** e do outro lado a empresa **OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA**, CNPJ: 25.383.395/0001-80, sediada na Rua Dom Cesário, nº 170, Maranhão Novo, Imperatriz - Maranhão, neste ato, representada por, Gabriel de Santana Araújo Silva, CPF: 384.639.384-34, denominada **CONTRATADA**, nos termos da Lei nº 14.133/2021, têm entre si ajustado o seguinte Termo de Aditivo:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DE CLAÚSULA CONTRATUAL

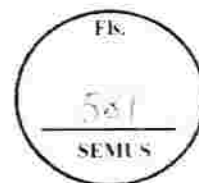
O presente Termo Aditivo tem por objeto a alteração da “Cláusula Terceira – Do prazo de vigência do contrato, item 3.1.1” do contrato original, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Onde se lê:

3.1.1 – O prazo de vigência será automaticamente prorrogado, independentemente de termo aditivo, quando o objeto não for concluído no período firmado acima, ressalvadas as providências cabíveis no caso de culpa do contratado, previstas neste instrumento.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Leia-se:

3.1.1 – O prazo de vigência do contrato não será prorrogado automaticamente. Eventual prorrogação dependerá da celebração de termo aditivo, condicionada à manifestação expressa da Administração, devidamente motivada, à demonstração da vantajosidade da manutenção do ajuste e à compatibilidade com o interesse público, nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

E por estarem justas e contratadas, assinam este instrumento em 2 (duas) vias de igual forma e teor juntamente com 2 (duas) testemunhas

Imperatriz - MA, 08 de julho de 2026.

LINEKER COSTA
SILVA:03551637300

Assinado de forma digital por
LINEKER COSTA
SILVA:03551637300

LINEKER COSTA SILVA
Secretário Municipal de Saúde
CONTRATANTE



Documento assinado digitalmente
GABRIEL DE SANTANA ARAUJO SILVA
Data: 08/07/2026 10:53:16 -0300
Verifique em: <https://validar.dig.gov.br>

OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA
Representante Legal
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1. Roberta M. Nogueira Costa Araújo CPF/MF 763.111.712-87
2. Orlando Diniz da Silva CPF/MF 004.406.873-00



deverá ser realizada motivadamente, com base no Histórico de Gestão do Contrato, nos princípios da manutenção da necessidade, economicidade e oportunidade da contratação, e nos demais aspectos que forem julgados relevantes.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS: E por estarem justas e contratadas, assinam este instrumento em 2 (duas) vias de igual forma e teor juntamente com 2 (duas) testemunhas. Ordenador de Despesas/SEMUS: **LINEKER COSTA SILVA.**

Publicado por: Erick Ryan Marinho Melo

DIÁRIO

Código identificador: cyruSuj7hha20260714130749

EXTRATO DE ADITIVO AO CONTRATO Nº
051/2025-SEMUS

CONTRATANTE: Fundo Municipal de Saúde de Imperatriz - MA. **CONTRATADA:** SP HOSPITALAR LTDA, CNPJ nº 47.319.305/0002-05. **MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 004/2025 - CPL. **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº:**

02.04.00.0132/2025-SEAMO. **CONTRATO Nº:** 051/2025-SEMUS. **OBJETO:** registro de preços para eventual e futura contratação de empresa especializada no fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI), para atender as demandas da Prefeitura Municipal de Imperatriz - MA. **DATA DE ASSINATURA DO TERMO ADITIVO:** 09/07/2026.

ADITIVO 01:CLÁUSULA PRIMEIRA - DA ALTERAÇÃO DE CLAUSULA CONTRATUAL:O presente Termo Aditivo tem por objeto a alteração da "Cláusula Terceira - Do prazo de vigência do contrato, item 4.1.1 e 4.1.2" do contrato original, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Onde se lê: 4.1.1 - O prazo de vigência será automaticamente prorrogado, independentemente de termo aditivo, quando o objeto não for concluído no período firmado acima, ressalvadas as providências cabíveis no caso de culpa do contratado, previstas neste instrumento. 4.1.2 - A prorrogação de que trata esse item é condicionada à avaliação, por parte do Gestor do Contrato, da vantajosidade da prorrogação, a qual deverá ser realizada motivadamente, com base no Histórico de Gestão do Contrato, nos princípios da manutenção da necessidade, economicidade e oportunidade da contratação, e nos demais aspectos que forem julgados relevantes.

Leia-se: 3.1.1 - O prazo de vigência do contrato não será prorrogado automaticamente. Eventual prorrogação dependerá da celebração de termo aditivo, condicionada à manifestação expressa da Administração, devidamente motivada, a demonstração da vantajosidade da manutenção do ajuste e à compatibilidade com o interesse público, nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

3.1.2 - A prorrogação de que trata esse item é condicionada à avaliação, por parte do Gestor do Contrato, da vantajosidade da prorrogação, a qual deverá ser realizada motivadamente, com base no Histórico de Gestão do Contrato, nos princípios da manutenção da necessidade, economicidade e oportunidade da contratação, e nos demais aspectos que forem julgados relevantes.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS: E por estarem justas e contratadas, assinam este instrumento em 2 (duas) vias de igual forma e teor juntamente com 2 (duas) testemunhas. Ordenador de Despesas/SEMUS: **LINEKER COSTA SILVA.**

Publicado por: Erick Ryan Marinho Melo

DIÁRIO

Código identificador: aghgeclqsrp20260714130739

EXTRATO DE ADITIVO AO CONTRATO Nº
027/2026-SEMUS

CONTRATANTE: Fundo Municipal de Saúde de Imperatriz - MA. **CONTRATADA:** OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA, CNPJ: 25.383.395/0001-80. **MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 002/2026 - CPL. **PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº:** 02.19.00.2298/2025-SEMUS. **CONTRATO Nº:** 027/2026-SEMUS. **OBJETO:** contratação de empresa especializada para a prestação de serviços de oxigenoterapia hiperbárica (OIH), pelo período de 12 (doze) meses, com 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. **DATA DE ASSINATURA DO TERMO ADITIVO:** 09/07/2026.

ADITIVO 01:CLÁUSULA PRIMEIRA - DA ALTERAÇÃO DE CLAUSULA CONTRATUAL:O presente Termo Aditivo tem por objeto a alteração da "Cláusula Terceira - Do prazo de vigência do contrato, item 4.1.1 e 4.1.2" do contrato original, que passa a vigorar com a seguinte redação:





Onde se lê: 4.1.1 – O prazo de vigência será automaticamente prorrogado, independentemente de termo aditivo, quando o objeto não for concluído no período firmado acima, ressalvadas as providências cabíveis no caso de culpa do contratado, previstas neste instrumento. 4.1.2 – A prorrogação de que trata esse item é condicionada à avaliação, por parte do Gestor do Contrato, da vantajosidade da prorrogação, a qual deverá ser realizada motivadamente, com base no Histórico de Gestão do Contrato, nos princípios da manutenção da necessidade, economicidade e oportunidade da contratação, e nos demais aspectos que forem julgados relevantes.

Leia-se: 3.1.1 – O prazo de vigência do contrato não será prorrogado automaticamente. Eventual prorrogação dependerá da celebração de termo aditivo, condicionada à manifestação expressa da Administração, devidamente motivada, à demonstração da vantajosidade da manutenção do ajuste e à compatibilidade com o interesse público, nos termos dos arts. 106 e 107 da Lei nº 14.133/2021.

3.1.2 – A prorrogação de que trata esse item é condicionada à avaliação, por parte do Gestor do Contrato, da vantajosidade da prorrogação, a qual deverá ser realizada motivadamente, com base no Histórico de Gestão do Contrato, nos princípios da manutenção da necessidade, economicidade e oportunidade da contratação, e nos demais aspectos que forem julgados relevantes.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS: E por estarem justas e contratadas, assinam este instrumento em 2 (duas) vias de igual forma e teor juntamente com 2 (duas) testemunhas. Ordenador de Despesas/SEMUS: **LINEKER COSTA SILVA**.

Publicado por: Erick Ryan Marinho Melo
DIÁRIO

Código identificador: w0n17fpmcg20260714130702

EXTRATO DE CONTRATO

EXTRATO DE CONTRATO Nº 119/2026 - SEMUS

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ/MA através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ.
CONTRATADA: SME – SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LTDA, CNPJ n.º 25.535.117/0001-09. **MODALIDADE:**

PREGÃO ELETRÔNICO nº 017/2026
PROCESSO ADMINISTRATIVO: SEMUS

02.04.00.0633/2025 - SEMUS. **CONTRATO:**

Nº 119/2026 – SEMUS. **OBJETO:** Prestação de serviços médicos especializados em

anestesiologia destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Imperatriz - MA. **VIGÊNCIA:** O prazo de

vigência da contratação é de 12 (doze) meses, contados da assinatura deste contrato, prorrogável sucessivamente por até 10 anos, na forma dos artigos 106 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

DATA DE ASSINATURA: 08/07/2026.

VALOR GLOBAL: R\$ 7.001.790,84 (sete milhões, um mil e setecentos e noventa reais e oitenta e quatro centavos). Ordenador de Despesas/SEMUS – **LINEKER COSTA SILVA**/Secretário Municipal de Saúde.

Publicado por: Erick Ryan Marinho Melo
DIÁRIO

Código identificador: SE0KGPVNZ/1

EXTRATO DE CONTRATO Nº 121/2026 - SEMUS

CONTRATANTE: Município de Imperatriz - Ma por meio do Fundo Municipal de Saúde de Imperatriz - Ma. **CONTRATADA:** ROZENILDA BEZERRA DE SOUSA, portadora do RG nº: 000040517594-9 SSP-MA e CPF nº: 743.005.473-00. **MODALIDADE:**

Inexigibilidade de Licitação nº: 012/2025-SEMUS. **Processo** nº:

02.19.00.3214/2025-SEMUS. **Contrato** nº:

121/2026-SEMUS. **OBJETO:** O presente contrato

tem por objeto a Locação de 1 (um) imóvel para funcionamento da Unidade Básica de Saúde

Itamar Guará, localizado na Rua 20, Quadra 22, Casa 06, Bairro Itamar Guará, no município de

Imperatriz/MA, para atender as necessidades da Rede Municipal de Saúde desta cidade.

VIGÊNCIA: O presente contrato terá duração de 24 (vinte e quatro) meses, a partir da data da assinatura.

DATA DA ASSINATURA: 09/07/2026. **VALOR GLOBAL:** R\$ 39.111,12

(trinta e novo mil cento e onze reais e doze centavos). Ordenador de Despesas –

SEMUS: **LINEKER COSTA SILVA**, Secretário Municipal de Saúde.

Publicado por: Erick Ryan Marinho Melo
DIÁRIO

Código identificador: qkrswnwgogw20260714120712

EXTRATO DE CONTRATO Nº 116/2026 - SEMUS

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ/MA através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IMPERATRIZ.

CONTRATADA: MEDICAR MED LTDA, CNPJ

n.º 35.517.881/0001-05.



A
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ/MA
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO
REF: PREGÃO ELETRÔNICO – SRP Nº 002/2026
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 02.19.00.2298/2025

PROPOSTA DE PREÇOS

Prezados Senhores,

Pelo presente, submetemos à apreciação de V. Sra. a nossa proposta relativa à licitação em epígrafe, assumindo inteira responsabilidade por quaisquer erros ou omissões que venham a ser verificados na preparação.

1. PROPOSTA DE PREÇOS:

ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	R\$ UNIT.	R\$ TOTAL
01	SERVIÇOS DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA (OHB) COM FUNCIONAMENTO DE CÂMARAS HIPERBÁRICAS CERTIFICADAS. EQUIPE TÉCNICA ESPECIALIZA EM ATENDIMENTO A PACIENTES COM PERFIS CLÍNICOS SEMELHANTES.	SERVIÇOS	8.400	R\$ 403,00	R\$ 3.385.200,00
VALOR TOTAL					R\$ 3.385.200,00

VALOR TOTAL: R\$ 3.385.200,00 (três milhões, trezentos e oitenta e cinco mil e duzentos reais)

PROPONENTE:

RAZÃO SOCIAL: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA

CNPJ: 25.383.395/0001-80

ENDEREÇO: Rua Dom Cesário, Nº 170, Bairro Maranhão Novo, CEP: 65903.083, Imperatriz/MA

TELEFONE: (99) 99207-9034

E-MAIL: oxigeniumitz@gmail.com

3. REPRESENTANTE LEGAL QUE ASSINARÁ A ATA DE REGISTRO DE PREÇOS E/OU O CONTRATO:

NOME: Gabriel de Santana Araújo Silva

CNH: DETRAN/MA 07615436896

CPF: 025.149.423-30

NACIONALIDADE: Brasileira

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Empresário

ENDEREÇO COMPLETO: Avenida Jacob, Nº 1879, Jardim Tropical, CEP: 65910-727 – Imperatriz/MA.

4. PRAZO DE VALIDADE DA PROPOSTA:

O prazo de validade da Proposta de Preços é de 90 (noventa) dias;

5. PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO:

O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses, contados do início da vigência que consta descrita no instrumento contratual, podendo, a critério da Administração, ser prorrogado mediante justificativa, na forma dos Artigos 105 e 107 da Lei nº 14.133, de 2021.

Endereço: Rua Dom Cesário, Nº 170, Bairro Maranhão Novo, CEP: 65903.083
Imperatriz/MA – Email: oxigeniumitz@gmail.com
CNPJ Nº 25.383.395/0001-80



6. DADOS BANCÁRIOS DA EMPRESA:

Banco: Caixa Econômica Federal
Banco nº: 104
Agência: 3151
OP: 1292
Conta Corrente: 000576288536
Chave PIX: 25.383.395/0001-80 (CNPJ)

Declaramos que estamos ciente e concordamos com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório.

IMPERATRIZ (MA), 23 DE JANEIRO DE 2026

**GABRIEL DE SANTANA
ARAUJO SILVA:02514942330**

Assinado de forma digital por GABRIEL DE
SANTANA ARAUJO SILVA:02514942330
Dados: 2026.01.26 10:27:43 -03'00'

**OXYGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA
CNPJ: 25.383.395/0001
GABRIEL DE SANTANA ARAUJO SILVA
CNH - DETRANMA 07615436866
CPF n° 025.149.423-30
SOCIO-PROPRIETÁRIO**

**Endereço: Rua Dom Cesário, N° 170, Bairro Maranhão Novo, CEP: 65903.083
Imperatriz/MA – Email: oxigeniumitz@gmail.com
CNPJ N° 25.383.395/0001-80**



PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SEC. DE FAZENDA E GESTÃO ORÇAMENTÁRIA-SEFAZGO

PARA VALIDAÇÃO DESTES DOCUMENTOS ACESSE O SITE
PREFEITURAMODERNA.COM.BR, ESCOLHA SUA PREFEITURA,
ACESSE A VALIDAÇÃO E INFORME O Nº DA CERTIDÃO.

CERTIDÃO NEGATIVA	Nº 0023291
--------------------------	-------------------

Informações do Contribuinte		
CÓDIGO CMC	TÍTULO ESTABELECIMENTO	CPF / CNPJ
964719	OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA	25.383.395/0001-80

Endereço do Contribuinte			
	ENDEREÇO		NÚMERO
	RUA DOM CESARIO		170
NÚMERO CEP	MUNICÍPIO - UF	NOME EDIFÍCIO	APTO / SALA
65903083	IMPERATRIZ - MA		

Informações do Requerente		
Nº DE DOCUMENTO	NOME DO REQUERENTE	FINALIDADE
02231378205	Daniela de Melo Aquino	Dossiê de documentos
	OBSERVAÇÕES	

Data de Emissão: 26/06/2026	Data de Validade: 25/08/2026
------------------------------------	-------------------------------------

A Prefeitura do Município de Imperatriz - MA, por intermédio do Departamento de Arrecadação, **CERTIFICA**, a pedido da parte interessada, devidamente inscrita nos dados acima, que se encontra em situação regular perante a Fazenda Pública Municipal de Imperatriz, não constando débitos relativos a tributos municipais, inscritos ou não em dívida ativa, até a presente data.

Reserva-se à Fazenda Municipal o direito de inscrever e cobrar débitos posteriormente comprovados ou que venham a ser apurados, hipótese prevista no Código Tributário Municipal (CTM) e prerrogativa legal estabelecida no artigo 149 da Lei Federal nº 5.172/1966.

Fica ressalvada a possibilidade da existência de débitos não abrangidos pela presente certidão, como aqueles objeto de ações judiciais em andamento ou débitos que, porventura, não tenham sido migrados na mudança de sistema.

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA E GESTÃO ORÇAMENTÁRIA



Maria José de S. Santos
Maria José de S. Santos
Gestão de Processos / SEMUS
Mat. 36.285-9



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA**

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO

Nº 160662/26 **Data da** 25/06/2026 17:56:44

Inscrição 129189855 **CPF/CNPJ** 25383395000180

Razão OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

Endereço: RUA DOM CESARIO, 170 SALA 2 CEP: 65903083 - MARANHÃO NOVO

Telefone: (99)30103063 **Município** IMPERATRIZ **UF:** MA

Certificamos que, após a realização das consultas procedidas no sistema desta Secretaria, substanciado pelos artigos 240 a 242, da lei nº 7.799, de 19/12/2002 e disposto no artigo 205 da lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), não constam débitos relativos aos tributos estaduais, administrados por esta Secretaria, em nome do sujeito passivo acima identificado. Ressalvado, todavia, à Fazenda Pública Estadual o direito da cobrança de dívidas que venham a ser apuradas e não alcançadas pela decadência.

Validade da Certidão: 90 (noventa) dias: 23/09/2026.

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada no endereço:
<http://portal.sefaz.ma.gov.br/>, clicando no item "Certidões" e em seguida em "Validação de Certidão Negativa de Débito".

CERTIDÃO EMITIDA GRATUITAMENTE.

roberto
Maria José S. Santos
Gestão de Processos / SEMUS
Mat. 30.285-9

Data 07/08/2026 16:28:13



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA**

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÍVIDA ATIVA

Nº 078132/26 Data da 07/08/2026 16:28:39

Inscrição 129189855 CPF/CNPJ 25383395000180

Razão OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA

Endereço: RUA DOM CESARIO, 170 SALA 2 CEP: 65903083 - MARANHAO NOVO

Telefone: (99)30103063 Município IMPERATRIZ UF: MA

Certificamos que, após a realização das consultas procedidas no sistema desta Secretaria e na forma do disposto do artigo 156, da lei nº 2.231, de 29/12/1962, substanciado pelos artigos 240 a 242 da lei nº 7.799, de 19/12/2002, bem como prescreve o artigo 205 da lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional) não constam débitos inscritos na Dívida Ativa, em nome do sujeito passivo

Validade da Certidão: 90 (noventa) dias: 05/11/2026.

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada no endereço:
<http://portal.sefaz.ma.gov.br/>, clicando no item "Certidões" e em seguida em "Validação de Certidão Negativa de Dívida Ativa".

CERTIDÃO EMITIDA GRATUITAMENTE.


Maria José da S. Santos
Gestão de Processos / SEMUS
Mat. 36.285-9

Data 07/08/2026 16:28:39

[Voltar](#)[Imprimir](#)**Certificado de Regularidade
do FGTS - CRF**

Inscrição: 25.383.395/0001-80
Razão social: Oxigenium Medicina Hiperbarica Ltda
Endereço: R DOM CESARIO 170 SALA 2/ MARANHAO NOVO / IMPERATRIZ / MA / 65903-083

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 25/07/2026 a 23/08/2026

Certificação Número: 2026072500523826113535

Informação obtida em 10/08/2026 13:25:42

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br


Maria José da S. Santos
Gestão de Processos / SEMUS
Mat. 36.285-9



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional



**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: Oxigenium Medicina Hiperbarica Ltda
CNPJ: 25.383.395/0001-80

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.
Emitida às 17:05:00 do dia 25/03/2026 <hora e data de Brasília>.
Válida até 21/09/2026.

Código de controle da certidão: **58B7.6C1E.E600.7D0A**
Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.


Maria José da S. Santos
Gestão de Processos / SEMUR
Mat. 36.285-9



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO



CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 25.383.395/0001-80
Certidão n°: 67856392/2026
Expedição: 07/08/2026, às 16:30:18
Validade: 03/02/2027 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA (MATRIZ E FILIAIS), inscrito(a) no CNPJ sob o n° 25.383.395/0001-80, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas. Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

Maria José da S. Santos
Maria José da S. Santos
Gestão de Processos / SEMUS
Mat. 30.209-9



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

CGM
Fls. nº 315
Rubrica:

RELATÓRIO DE CONTROLE INTERNO – SEMUS nº1604 /2026

Proc. Administrativo nº	02.19.00.3244/2026
Data:	03/08/2026
Valor:	R\$ 171.275,00
Contratado/Interessado:	OXIGENIUM MEDICINA HIPERBÁRICA LTDA
Secretaria de origem:	SEMUS
Contrato:	Contrato nº 027/2026 – Pregão nº 02/2026
Objeto:	Serviços de oxigenoterapia hiperbárica (HMI/HMII E CEMI - maio/2026)
Natureza:	Pagamento

Fundamentação Aplicável	
X	Decreto Municipal nº 100/2024
X	Decreto Municipal nº 072/2025
X	Portaria nº 016/2024-CGM

Nº	Documentos	Fl. (s)
1	Solicitação de Pagamento	02
2	Nota de Empenho nº 31070078 (HMI)	03
3	Nota de Liquidação nº 01	04
4	Guia Extraorçamentária nº 4956	05
5	Guia Extraorçamentária nº 4957	06
6	Nota de Empenho nº 31070079 (CEMI)	07
7	Nota de Liquidação nº 01	08
8	Guia Extraorçamentária nº 4958	09
9	Guia Extraorçamentária nº 4959	10
10	Nota Fiscal Eletrônica nº 54	11
11	Nota Fiscal Eletrônica nº 55	12
12	Relatório de Fiscalização de Contrato	13
13	Controle de Saldo de Contrato	14-15
14	Parecer Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria nº 148/2026 - MAIO/2026	16-20
15	Termo de Justificativa Empresa	21
16	Controle das Sessões Realizadas e documentos pertinentes aos pacientes em anexo	22-302
17	Aditivo nº 01 ao contrato nº 027/2026 – SEMUS e publicação no DOEEM	303-306
18	Proposta Adequada	307-308
19	Certidão Negativa de Débito Municipal de Imperatriz	309
20	Certidão Negativa de Débito Estadual	310
21	Certidão Negativa de Dívida Ativa Estadual	311
22	Certificado de Regularidade do FGTS - CRF	312
23	Certidão Positiva com efeitos Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União	313
24	Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas	314

Anna Carolina de Souza
Auditoria Interna
CGM nº 65.225-3

Rua Rui Barbosa, 201. 1º andar - Centro. Imperatriz-MA. CEP – 65.900-440.
cgm@imperatriz.ma.gov.br www.imperatriz.ma.gov.br/pmi/cgm



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IMPERATRIZ
CONTROLADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

CGM
Fls. nº 316
Rubrica:

Por conseguinte, a manifestação técnica emitida pelo setor de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria, subscrita por profissional médica auditora, também justifica o fluxo das regulações da seguinte forma:

“(…) 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.”

Tal afirmativa dar aval e confere respaldo técnico à liquidação da despesa.

Verifica-se que o processo se encontra instruído com elementos aptos à comprovação da execução dos serviços, constando a identificação dos pacientes atendidos, bem como a descrição dos procedimentos realizados.

Dessa forma, sob o aspecto da execução e liquidação, entende-se que foram atendidos, em princípio, os requisitos previstos no art. 63 da Lei nº 4.320/64.

Ademais, os documentos competentes ao controle das realizações das sessões competentes da unidade CEMI estão em conformidade.

Da Conclusão

Os apontamentos realizados remetem à conformidade e adoção de providências para o aprimoramento da conformidade processual, da governança administrativa e da segurança jurídica dos atos praticados.

Ressalta-se que compete ao Ordenador de Despesas, no exercício de suas atribuições legais, avaliar a regularidade do processo, deliberar quanto ao prosseguimento da despesa e assumir a decisão quanto à liquidação e ao pagamento, certificando-se do atendimento integral aos requisitos legais e contratuais, especialmente no que se refere à comprovação da efetiva execução do objeto e à observância dos limites quantitativos pactuados.

Nesse sentido, é importante salientar o acórdão 1189/2026 Plenário – TCU, determina que remanesce para a autoridade delegante o dever de supervisão dos atos praticados por seus subordinados, especialmente em situações de alta relevância institucional e expressiva materialidade.

Por todo o exposto, encaminham-se os autos ao Ordenador de Despesas, a quem incumbe apreciar os apontamentos registrados, adotar as medidas corretivas que entender cabíveis e decidir acerca da continuidade do processamento do pagamento, sob sua exclusiva responsabilidade, em observância às normas legais e regulamentares vigentes.

Imperatriz/MA, 18 de agosto de 2026¹.

Anne Caroline Bomfim de Souza
Auditora de Controle Interno
Mat. 85.225-3

Ciência e aprovação: 2026

Cândido Madeira Filho
Controlador Geral

Jair Pereira da Silva
Controlador Adjunto

¹ Observação: No tocante ao desentranhamento ou substituição de folhas, é vedada a retirada de peças ou documentos já juntados aos autos do processo, salvo desentranhamento expressamente autorizado, com elaboração do termo de juntada, nas hipóteses de inserção de novos documentos ou apresentação de manifestação em resposta ao presente trabalho.



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

TERMO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Aos 20 (vinte) dias do mês de agosto de 2026, juntei ao Processo de Pagamento nº 02.19.00.3244/2026-SEMUS, em favor da empresa OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA, Termo de justificativa, Relatorio de controle de sessões realizadas, documentos que passam a constar às fls. 318 a 327 do processo.

Todos os achados foram explanados no memorando de justificativa.

E para constar, lavrei o presente termo que subscrevo.

Maria José da S. Santos
Maria José da S. Santos
Gestão de Processos / SEMUS
Mat. 36.285-9

Gestão de Processos de Pagamento

Secretaria Municipal de Saúde



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



TERMO DE JUSTIFICATIVA

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 02.19.00.3244/2026

Referência: Relatório de Controle Interno – SEMUS nº 1604/2026-CGM. Contrato nº 027/2026 do Pregão Eletrônico nº002/2026

Contratada: OXIGENIUM MEDICINA HIPERBARICA LTDA.

Em resposta aos apontamentos do Relatório de Controle Interno – SEMUS nº 1604/2026, apresenta-se o presente Termo de Justificativa, na forma da Portaria nº 016/2024-CGM, que faculta à unidade auditada a apresentação de justificativas e providências, e dos Decretos Municipais nº 100/2024 e nº 072/2025, que padronizam a rotina de liquidação e pagamento das despesas do Município.

Após análise dos apontamentos constantes da auditoria, especialmente quanto às inconsistências identificadas no controle das sessões realizadas no mês de maio de 2026 e na documentação de regulação dos pacientes, entendo que as ocorrências verificadas possuem natureza predominantemente **formal e documental**, não sendo suficientes, no caso concreto, para afastar a comprovação da efetiva execução dos serviços contratados.

Quanto ao **Achado nº 01 – Irregularidades no controle de sessões**, verificou-se que o relatório inicialmente apresentado continha inconsistências na organização das informações, especialmente quanto à indicação de sessões iniciadas no mês de abril no campo destinado ao fechamento do mês de maio, bem como quanto à data de emissão do documento, que constava como 22/05/2026, embora o controle abrangesse sessões realizadas até 29/05/2026.

Reconhece-se que tais circunstâncias poderiam comprometer a clareza formal do documento. Entretanto, a inconsistência foi posteriormente saneada pela empresa, que procedeu à reemissão do relatório, separando os pacientes que iniciaram o tratamento no mês de abril daqueles que iniciaram no mês de maio.

Registra-se que permaneceram dois pacientes entre aqueles classificados como iniciados em maio, situação que decorre apenas da **ordem de organização e apresentação das informações no relatório**, não havendo indicação de que os serviços correspondentes não tenham sido prestados ou de que tenha ocorrido cobrança por sessões não realizadas.



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

O relatório corrigido foi emitido e apresentado em **13/07/2026**, por ocasião da entrega dos documentos para análise da auditoria, encontrando-se atualmente devidamente juntado aos autos.

Portanto, embora tenha sido identificada falha na elaboração do documento original, verifica-se que houve correção posterior da documentação, não se constatando, a partir dos elementos disponíveis, prejuízo ao erário ou alteração dos serviços efetivamente executados.

No que se refere ao **Achado nº 02 – Comprovação da execução dos serviços**, foi identificada, na análise cronológica das Guias de Regulação do SISREG, situação em que a data de regulação de determinado paciente consta como posterior ao início de algumas sessões. Como exemplo, foi apontado o caso do paciente Antonio Vanderli Silva, cuja regulação foi emitida posteriormente à realização de duas sessões.

Todavia, a empresa apresentou Termo de Justificativa, esclarecendo as circunstâncias que ocasionaram a emissão posterior da regulação. Assim, a divergência cronológica identificada deve ser analisada conjuntamente com os demais documentos de comprovação da execução, não podendo, isoladamente, ser considerada como prova de inexistência dos atendimentos.

Nesse sentido, os apontamentos realizados pela auditoria evidenciam inconsistências na formalização e organização dos documentos, mas não demonstram, de forma concreta, a ausência da prestação dos serviços correspondentes, tampouco a existência de pagamento por serviços não executados.

Ressalte-se, ainda, que a Administração deve observar, na análise da despesa, não apenas a regularidade formal dos documentos, mas também a efetiva ocorrência do fato gerador da despesa e a prestação do serviço contratado. No presente caso, as inconsistências foram identificadas, justificadas e, quando possível, corrigidas pela contratada, permanecendo nos autos documentação capaz de demonstrar a execução dos serviços.

Dessa forma, considerando que não foi constatado prejuízo ao erário, superfaturamento, pagamento por serviço não executado ou alteração dos valores contratuais, e considerando que as inconsistências apontadas possuem caráter formal, tendo sido objeto de esclarecimento e saneamento documental, não se mostra razoável impedir o pagamento por serviços comprovadamente executados exclusivamente em razão dessas falhas formais.



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

Ademais, eventual deficiência na organização ou emissão dos relatórios deve ser tratada no âmbito da gestão e fiscalização contratual, com a adoção de medidas preventivas para os próximos fechamentos, especialmente quanto à necessidade de que os relatórios sejam emitidos após o encerramento do período de referência e apresentem correspondência clara entre as datas de regulação, início dos atendimentos, sessões realizadas e período de faturamento.

Diante do exposto, na qualidade de Ordenador de Despesa, considerando a documentação constante dos autos, as justificativas apresentadas pela contratada, a correção do relatório de controle de sessões, a comprovação da efetiva execução dos serviços e a inexistência de evidência de prejuízo ao erário, autorizo o prosseguimento do processo para pagamento da despesa correspondente aos serviços efetivamente prestados, sem prejuízo da determinação para que a fiscalização contratual adote as medidas necessárias para evitar a repetição das inconsistências formais identificadas nos próximos fechamentos.

Imperatriz/MA, 20 de agosto de 2026.

Lineker Costa Silva
Secretário Municipal de Saúde

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 18/05/2026 19/05/2026 20/05/2026 21/05/2026 27/05/2026 28/05/2026 29/05/2026	ANTONIA JUVENAL DA SILVA	700605933154570	667576388	98864		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 18/05/2026	CARMELITA MARIA DE JESUS	708604079532282	667245441	84331		712	13/05/2026		EM TRATAMENTO
4	31/05/2026	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	706001307265546	668433961	12682		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	668623338	30595		112	19/05/2026		EM TRATAMENTO
6	08/04/2026	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	667244308	76463		322	13/05/2026		EM TRATAMENTO

Ellete Soares de Araújo
Administradora
DRA-MA2196

321

FIS
322
SEMUS

7	19/05/2026	5	28/05/2026 19/05/2026 20/05/2026 25/05/2026 28/05/2026 29/05/2026	EZEQUIEL SAEMENTO DE SOUSA	700004283161300	668050769	81338	142	20/05/2026	EM TRATAMENTO
8	13/05/2026	10	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 28/05/2026	ELIOMAR ALVES COSTA	703408272184415	667244308	76463		13/05/2026	EM TRATAMENTO
9	18/05/2026	3	18/05/2026 19/05/2026 20/05/2026	FERNANDO PEREIRA DOS SANTOS	700402960035241	668247724	67532	435	18/05/2026	EM TRATAMENTO
10	21/05/2026	4	25/05/2026 26/05/2026 28/05/2026 29/05/2026	FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO	706001803578548	668956067	82317	163	21/05/2026	EM TRATAMENTO
11	04/05/2026	3	04/05/2026 05/05/2026 06/05/2026	GABRIEL LIMA DA SILVA	705202439480879	665325702	66046		04/05/2026	EM TRATAMENTO
12	25/05/2026	3	25/05/2026 26/05/2026 27/05/2026	GRACIMAR PINTO DE ORQUISE	701703200601670	669612786	47773	402	25/05/2026	EM TRATAMENTO
13	13/05/2026	10	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 26/05/2026	GUILHERME HENRIQUE LOUREIRO PRADO CORIOLANO	706806701523823	667912322	49819		15/05/2026	26/05/2026
14	17/04/2026	7	20/05/2026 21/05/2026 22/05/2026 25/05/2026 26/05/2026 27/05/2026 28/05/2026 07/05/2026	GUSTAVO DA SILVA	704305518964794	669883685	11295	228	20/05/2026	EM TRATAMENTO

Eliete Soares de Araújo
Administradora
CRA-MA 2196

15	07/05/2026	10	08/05/2026	IAN KADSON PEREIRA DOS SANTOS	700809404540881	665284660	57741		07/05/2026	20/05/2026
			11/05/2026							
			12/05/2026							
			13/05/2026							
			14/05/2026							
16	26/03/2026	10	15/05/2026	JOAO RODRIGUES DE MORAES	701004887544793	666954685	42242	331	12/05/2026	EM TRATAMENTO
			18/05/2026							
			19/05/2026							
			20/05/2026							
			21/05/2026							
17	18/05/2026	1	22/05/2026	JOSE GONZAGA DA SILVA	700606937208765	668248566	70433	602	18/05/2026	EM TRATAMENTO
			19/05/2026							
			11/05/2026							
			29/05/2026							
			05/05/2026							
18	12/05/2026	2	06/05/2026	JOSE DE RIBAMAR FERREIRA	702505399035339	6669552840	98839	336	12/05/2026	EM TRATAMENTO
			07/05/2026							
			08/05/2026							
			13/05/2026							
			14/05/2026							
19	04/05/2026	7	15/05/2026	JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA	707601201203680	665635467	25669	305	05/05/2026	EM TRATAMENTO
			16/05/2026							
			17/05/2026							
			18/05/2026							
			19/05/2026							
20	18/05/2026	2	20/05/2026	LEONARDO ARAUJO BRITO	703604081218935	668249010	99093		18/05/2026	EM TRATAMENTO
			21/05/2026							
			22/05/2026							
			23/05/2026							
			24/05/2026							
21	04/05/2026	10	25/05/2026	LETICIA ZIELAK RAPOSO	704604047505229	665476477	37660	636	04/05/2026	EM TRATAMENTO
			26/05/2026							
			27/05/2026							
			28/05/2026							
			29/05/2026							
22	04/05/2026	1	30/05/2026	LETICIA ZIELAK RAPOSO	704604047505229	669814573	20481	636	26/05/2026	EM TRATAMENTO
			31/05/2026							
			01/06/2026							
			02/06/2026							
			03/06/2026							

FIS
323
SEMUS

Elleste Soares de Aradujo
Administradora
CRA-MA 2196

31	12/05/2026	2	22/05/2026	ROSIMAR LIMA CARDOSO	700006521921503	670005262	73863	412	27/05/2026	EM TRATAMENTO		
			25/05/2026									
			26/05/2026									
32	14/05/2026	10	14/05/2026	SENADOR ELIZEU DE MORAES	706403119115681	667575802	38816	301	14/05/2026	EM TRATAMENTO		
			15/05/2026									
			18/05/2026									
			19/05/2026									
			20/05/2026									
			21/05/2026									
			25/05/2026									
			26/05/2026									
			27/05/2026									
			29/05/2026									
33	14/05/2026	1	29/05/2026	SENADOR ELIZEU DE MORAES	706403119115681			301	29/05/2026	EM TRATAMENTO		
			20/05/2026									
34	20/05/2026	7	21/05/2026	TEODORO GONÇALVES DA SILVA	704801532237642	668699548	18881	206	20/05/2026	EM TRATAMENTO		
			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	668717425	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	664252887	41444	6	634	27/04/2026	13/05/2026	
			05/05/2026									
			06/05/2026									
			07/05/2026									
			08/05/2026									
			11/05/2026									
			12/05/2026									
			13/05/2026									
37	29/04/2026	8	04/05/2026	ARTHUR GABRIEL COSTA LIMA	703405010903500	664897613	51828	INFANTIL	INFANTIL	29/04/2026	01/05/2026	13/05/2026
			05/05/2026									
			07/05/2026									
			08/05/2026									
			11/05/2026									
			12/05/2026									
			13/05/2026									
			14/05/2026									
38	10/04/2026	4	04/05/2026	BENICIO DUARTE PARREIRA SANTOS	707603200263995	661481509	12961	8	811	10/04/2026	23/04/2026	13/05/2026
			05/05/2026									
			06/05/2026									

07/05/2026
325
FMS

Ellete Soares de Araújo
Administradora
GRA-MA 2196

39	01/04/2026	4	CLAUDINEI RODRIGUES NOGUEIRA	708001307265546	660002705	38951	6	612	01/04/2026	13/04/2026	EM TRATAMENTO
40	27/04/2026	6	DARIO DE FREITAS OLIVEIRA	700805938136889	664253052	87890	3	334	27/04/2026	27/04/2026	11/05/2026
41	08/04/2026	6	ELIELTON TAVARES DA SILVA	700003809107500	660986167	72225	3	322	27/04/2026		EM TRATAMENTO
42	17/04/2026	4	GUSTAVO DA SILVA	704305518964794	662921182	97774	2	226	17/04/2026		EM TRATAMENTO
43	29/04/2026	9	ISAAC BARBOSA SOUZA	708208164163447	664696905	67572	INFANTIL	INFANTIL	29/04/2026	14/05/2026	
44	21/04/2026	2	IVANIO BEZERRA DE OLIVEIRA	704005800390283	663159685	94825	2	221	22/04/2026		05/05/2026
45	27/04/2026	6	JOSIEL DA SILVA	704302569648993	664252658	57866	2	201	27/04/2026		11/05/2026
46	14/04/2026	1	JUNIEL SANTOS NUNES DE SOUSA	707601201203690	662119099	26584	2	221	14/04/2026		EM TRATAMENTO
47	27/04/2026	6	KARLA EDUARDA SOUSA SILVA	706304766446977	664253195	82229	6	625	27/04/2026		26/05/2026

Eliete Soares de A.
Administradora
CRA-MA 2196

