



Governo do Estado de
RONDÔNIA

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIA

POLICLINICA OSWALDO CRUZ

SUS



Sistema
Único
de Saúde

Eod. 536596827

NOME COMPLETO ANA NIKOLE FERREIRA MATIAS	
DN:05/09/2013	SEXO: FEM (X) MASC ()
CNS: 704506336688219	MUNICIPIO: PVH
TELEFONE: 69 92683427 / 69 92073599	
DIAGNÓSTICO INICIAL: LUXAÇÃO RECIDIVANTE DE PATELA	CID: M22
PROCEDIMENTO SOLICITADO: REALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR PROXIMAL E DISTAL JOELHO DIREITO	CODIGO SIGTAP:
ESPECIALISTA:ORTOPEDISTA	
TEMPO ESTIMADO: 4 HS	ANESTESIA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO
SANGUE: SIM () NÃO (X)	ESPECIFICAR:
RX NA SALA: SIM () NÃO (X)	VAGA DE UTI: SIM () NÃO (X)
MATERIAIS:cx grandes fragmentos, 2 PARAFUSOS CORTICAIS 2,5mm + ARRUELA , 2 MINIÂNCORAS 3,5 DE TITÂNIO	RISCO CIRÚRGICO: SIM () NÃO (X)
OBSERVAÇÕES: VALIDADE SOLICITACAO 03 MESES	
SINAIS E SINTOMAS CLINICOS: DOR INTENSA E LIMITAÇÃO	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A SOLICITAÇÃO DO PROCEDIMENTO: DOR INTENSA, REDUÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO MECANISMO EXTENSOR	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE CONFORME TABELA ABAIXO:	
() Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato () Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível () Prioridade 2 - Prioridade não urgente (X) Prioridade 3 - atendimento eletivo	
MÉDICO SOLICITANTE: DRA. WALDIRENE SOUSA DE RIVAS	DATA: 20/05/2024 DATA DA CIRURGIA: 30/11/2024 , INTERNAR DIA 29/11/2024 NO COSME E DAMIAO PELA MANHÃ

ATENÇÃO: TODOS OS DADOS ACIMA SÃO IMPRECINDIVEIS PARA A INSERÇÃO DO PACIENTE NO SISTEMA, A AUSÊNCIA DE
QUAISQUER INFORMAÇÕES TORNARÁ INVIÁVEL A SOLICITAÇÃO, RETORNANDO AO MÉDICO SOLICITANTE.

Waldirene Sousa de Rivas
Ortopedista
1534 1801 8452

Código: 536596827

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

POC PORTO VELHO (2493918)

Central Reguladora:

CENTRAL ESTADUAL - RO

Op. Solicitante:

SOLI-POCADILA

Unidade Desejada:

HOSPITAL INFANTIL COSME E DAMIAO PORTO VELHO (2493896)

Data de Solicitação:

20.05.2024 -
11:35:23

Data Desejada:

DADOS DO PACIENTE

CNS:

704506336688219

Nome do Paciente

ANA NIKOLE FERREIRA MATIAS

Nome da Mãe

MIRIAM FERREIRA DA SILVA

Sexo:

FEMININO

Data de Nascimento:

05/09/2013 (11 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

3443

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(69) 99268-3427 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

RIO BRANCO - AC

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

TANCREDO NEVES

Bairro:

CALADINHO

Município de Residência:

PORTO VELHO

Complemento:

CEP:

76808-118

UF:

RO

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

67668054391

Diagnóstico Inicial - CID:

S820 - FRATURA DA RÔTULA [PATELA]

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

PEDIATRICO - PEDIATRIA CLINICA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA

Nome do Médico Solicitante:

WALDIRENE SOUSA DE RIVAS

Status da

Solicitação:

PENDENTE

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050527

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

DOR INTENSA E LIMITAÇÃO

CID:M 22/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

DOR INTENSA, REDUÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO MECANISMO EXTENSOR

Condições que Justificam a Internação:

DOR INTENSA, REDUÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO MECANISMO EXTENSOR

LUXAÇÃO RECIDIVANTE DE PATELA

REALINHAMENTO DO APARELHO EXTENSOR PROXIMAL E DISTAL JOELHO DIREITO

TEMPO EST: 4 HS

MATERIAL: CX GRANDE DE FRAGMENTO, 2 PARAFUSOS CORTICAIS 2,5MM+ARRUELA, 2 MINIANCORAS 3,5 DE TITANIO

DATA DA CIRURGIA:30/011024 INTERNAR DIA :29/11/24 NO COSME DAMIÃO PELA MANHA

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

20.05.2024 - 11:35:23

Data da Extração dos Dados: 18/12/2024 09:22:32



GOVERNO DE ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO-CTFD/SUS

Tel. (69) 3216-5295/3216-5293/3216-5380 / 0800 648 5499

E-mail: protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br / ctfd.ro.protocolo@gmail.com / ctfdagendamento.ro@gmail.com

Whatsapp (69) 98482-1232 / 98482-1212

CADASTRO DE PACIENTES

1-IDENTIFICAÇÃO DA CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO SOLICITANTE

Código da Central:

Nome da Central:

2-IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão Nacional do SUS: 704.5063.3668.8219

Nome do Paciente: ANA NICOLE FERREIRA MATIAS

Data de Nascimento: 05.09.2013	Idade: 11	Sexo: F	Altura: 110	Raça/Cor: Parda	Peso: 52
--------------------------------	-----------	---------	-------------	-----------------	----------

Município de Nascimento: RIO BRANCO/ACRE

Filiação – Nome da mãe: MIRIAN FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai: FRANCISCO MATIAS

3-ENDEREÇO DO PACIENTE

Rua: RUA ABACATEIRO

Complemento: BAIRRO; COHAB

Bairro: COHAB Número: 5582

Município: PORTO VELHO UF: RO

Cep: 76808002

Telefone: 69 9268-3427

E-mail: jhestefani89@gmail.com

4-DOCUMENTOS DO PACIENTE

Identidade: 1787639 Órgão Emissor: SSP / UF: RO

Data de Expedição: 19/07/2021

CPF: 09781207280

Certidão de Nascimento: Número:

Nome do Cartório: Livro:

Número da Folha: Número do Termo:

Data de Emissão / / (dd/mm/aa)

6- PAGAMENTO AJUDA DE CUSTO VIA PIX

PIX : 9268-3427 CPF: 898.9730.7249

DOCUMENTOS DO ACOMPANHANTE

NOME DO ACOMPANHANTE: MIRIAM FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO: RUA ABACATEIRO Nº 5582 BAIRRO; COHAB CPF Nº 465.660.232-91

RG: 929011 Raça/cor: PARDA Cartão SUS: 898.0045.2883.7732 TELEF: 92683427 - 92073599

GRAU DE PARENTESCO: GENITORA

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SESAU
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICILIÁRIO
 Tel. (69) 3216-5295/3216-5293/3216-5380 / 0800 648 5499
 E-mail: protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br / ctfdagendamento.ro@gmail.com

Whatsapp (69) 98482-1232 / 98482-1212

LAUDO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente: ANA NIKOLE FERREIRA MATIAS	
Telefone: 69 9 92683427	Município: PORTO VELHO/RO
Endereço: RUA ABACATEIRO Nº 5582, BAIRRO: COHAB	
Idade: 11 ANOS	Tipagem Sanguínea:
CNS: 704.5063.3668.8219	CPF: 07781207280

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME: HELENA CRISTINA S. SILVEIRA		CRM: 2777
CPF: 045.678.866-23	Telefone (69) 9 81213773	CNS: 207.2710.9728.0002
Estabelecimento Vinculado ao SUS: POLICLÍNICA OSVALDO CRUZ/RO		

IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE

Nome do Acompanhante: MIRIAN FERREIRA DA SILVA		
Endereço: RUA ABACATEIRO Nº 5582 BAIRRO COHAB		RG: 929011
Município: PORTO VELHO/RO	Telefone: 69 9 9268-3427	CPF: 465.660.232-91

DADOS DO DIAGNÓSTICO E DO PROCEDIMENTO

Procedimento Solicitado: * TRATAMENTO LUXAÇÃO PATELA FEMORAL BILATERAL	
Código do procedimento solicitado (SIGTAP/OBRIGATÓRIO): 30.72.61.07	
Diagnóstico Inicial: CID 10 - S 83.0 CID - 10 (Ex: A 17.0):	
Caráter de Internação: * ELETIVA	
Clínica: ORTOPIEDIA	
Principais sinais e sintomas clínicos/medicações em uso: DOR JOELHO D - E	
Condições que justificam a internação: PARA TRATAMENTO ESPECIALIZADO	
Principais resultados das provas diagnósticas: EXAME FÍSICO E RX	
Data da inclusão (primeiro laudo):	CID da inclusão: CID 10 -

DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE

Condições Hemodinâmicas (mensuração da PA obrigatória):			
PA: NORMAL	AC: NORMAL	BNF: NORMAL	FC: NORMAL
Padrão Respiratório: NORMAL			
Funções Renal e Hepática: NORMAL			
Estado Neurológico Sumário: NORMAL			
Estado Nutricional: NORMAL			
Caracterização de eventual urgência na realização do procedimento: * NORMAL			

História progressiva e atual significativa especialmente quanto ao uso e alergia a medicamento, bem como alergia e contrastes, anestésicos e antissépticos: Criança sem alergia

Informações sobre dados de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não): Dor nos Joelhos D - E e dificuldades em deambular

INFORMAÇÕES DOS EXAMES COMPLEMENTARES MÍNIMOS, INDEPENDENTE DE OUTROS EXAMES REALIZADOS

Hemograma Completo:
Coagulograma:*
Creatinina:*
Glicemia de Jejum:*
Eletrocardiograma:*
Radiografia do Tórax (para maiores de 60 anos):*
Relatório de risco cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA 1, 2, 3, 4, ou 5):*

DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE E MEIOS DE TRANSPORTES

Transporte recomendável: em caso de transporte aéreo, torna-se obrigatória justificativa clínica: () TERRESTRE (x) AÉREO JUSTIFICATIVA CLÍNICA: CRIANÇA COM DIFICULDADES EM DEAMBULAR
Atestar a necessidade de acompanhante: NO CASO DE SIM, JUSTIFICAR: (x) SIM, JUSTIFICATIVA CLÍNICA: CRIANÇA, DOR NOS JOELHOS COM DIFICULDADE EM DEAMBULAR () NÃO

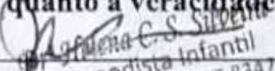
Local e Data PORTO VELHO 04 DE NOVEMBRO DE 2024

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERIOR)
CARIMBO E ASSINATURA

Declaro para os devidos fins que o tratamento solicitado neste laudo médico está com todos os meios esgotados para sua realização na Rede Pública e/ou conveniada do Estado de Rondônia pelos seguintes motivos:

- (X) Inexistência de tratamento no Estado;
() Inexistência de especialistas na Rede pública e ou conveniada
() Outros; JUSTIFICATIVA OBRIGATÓRIA:

Assumo ainda, a integral responsabilidade quanto à veracidade do conteúdo neste documento.


MÉDICO ASSISTENTE
CARIMBO E
ASSINATURA

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DO TFD
PARECER DA JUNTA MÉDICA/TFD

EM: _____	EM: _____	EM: _____
1º Perito	2º Perito	3º Perito
() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
EM://EM://EM://		
ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO	ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO	ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SESAU
COORDENADORIA DE TRATAMENTO FORA DO DOMICILIÁRIO
 Tel. (69) 3216-5295/3216-5293/3216-5380 / 0800 648 5499
 E-mail: protocolo.ctfd@sesau.ro.gov.br / ctfdagendamento.ro@gmail.com
 Whatsapp (69) 98482-1232 / 98482-1212

LAUDO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente:	Azeite Fereira Matias		
Telefone	92683427	Município:	Porto Velho
Endereço:	Rua Abacaxis 552 COABG		
Idade:	44 an	Tipagem Sanguínea:	
CNS:	704106336688219	CPF:	09781207280

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME:	Helene Oliveira de Silva	CRM:	2711
CPF:	0456789663	Telefone:	
CNS:	20727109728002		

Estabelecimento Vinculado ao SUS: POLICLÍNICA OSVALDO CRUZ/RO

IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE

Nome do Acompanhante:	Maurício Fereira de Azeite		
Endereço:	O mesmo		
Município:	PV	Telefone:	mesmo
RG:	929011	CPF:	46566023291

DADOS DO DIAGNÓSTICO E DO PROCEDIMENTO

Procedimento Solicitado:*	Tratamento luxação patela/movimentação		
Código do procedimento solicitado (SIGTAP/OBRIGATÓRIO):	30226107		
Diagnóstico Inicial: CID 10 - CID - 10 (Ex: A 17.0):	S83.0		
Caráter de Internação:*	eletiva		
Clínica:	Ortopedia		
Principais sinais e sintomas clínicos/medicações em uso:	dor no joelho		
Condições que justificam a internação:	para tratamento especializado		
Principais resultados das provas diagnósticas:	exame físico e Rx		
Data da inclusão (primeiro laudo):	CID da inclusão: CID 10 -		

DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE

Condições Hemodinâmicas (mensuração da PA obrigatória):			
PA: NORMAL	AC: normal	BNF: normal	FC: normal
Padrão Respiratório:	normal		
Funções Renal e Hepática:	normal		
Estado Neurológico Sumário:	normal		
Estado Nutricional:	normal		
Caracterização de eventual urgência na realização do procedimento:*			
normal			

História progressiva e atual significativa especialmente quanto ao uso e alergia a medicamento, bem como alergia e contrastes, anestésicos e antissépticos:

ausente em alergia

Informações sobre dados de exame físico realizado nos últimos 08 dias, com transcrição das informações (podem ser na forma estruturada ou não):

Dor no joelho @ @ e deambulando
 me deambulando

INFORMAÇÕES DOS EXAMES COMPLEMENTARES MÍNIMOS, INDEPENDENTE DE OUTROS EXAMES
REALIZADOS

Hemograma Completo:
Coagulograma:*
Creatinina:*
Glicemia de Jejum:*
Electrocardiograma:*
Radiografia do Tórax (para maiores de 60 anos):*
Relatório de risco cirúrgico (coerente com os itens acima descritos) segundo a classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA 1, 2, 3, 4, ou 5):*

DADOS REFERENTES À AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DO ESTADO DO PACIENTE
E MEIOS DE TRANSPORTES

Transporte recomendável: em caso de transporte aéreo, torna-se obrigatória justificativa clínica: () TERRESTRE () AÉREO JUSTIFICATIVA CLÍNICA:
Atestar a necessidade de acompanhante: NO CASO DE SIM, JUSTIFICAR: () SIM, JUSTIFICATIVA CLÍNICA: _____ () NÃO

Local e Data PORTO VELHO DE _____ DE 2024

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERIOR)
CARIMBO E ASSINATURA

Declaro para os devidos fins que o tratamento solicitado neste laudo médico está com todos os meios esgotados para sua realização na Rede Pública e/ou conveniada do Estado de Rondônia pelos seguintes motivos:

- (X) Inexistência de tratamento no Estado;
() Inexistência de especialistas na Rede pública e ou conveniada
() Outros; JUSTIFICATIVA OBRIGATÓRIA:

Assumo ainda, a integral responsabilidade quanto à veracidade do conteúdo neste documento.

MÉDICO ASSINANTE
CARIMBO
ASSINATURA

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DO TFD
PARECER DA JUNTA MÉDICA/TFD

EM: _____	EM: _____	EM: _____
1º Perito	2º Perito	3º Perito
() SIM () NÃO	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
EM://EM://EM://		
ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO	ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO	ASSINATURA DE CARIMBO MÉDICO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO

Nome do cidadão ANA NIKOLE FERREIRA MATIAS				
CNS 704506336688219	Sexo FEMININO	Idade 12 ANOS E 6 MESES E 18 DIAS	Data de nascimento 05/09/2013	Telefone (69) 99268-3427
Nome da mãe Miriam Ferreira da Silva				
Endereço Rua Abacateiro, 5582 Cohab - 76808-002 - Porto Velho - RO				Código do município 1100205
Unidade de saúde solicitante Centro de Saude Manoel Amorim de Matos			CNS 6670709	
Profissional solicitante Karley Jose Monteiro Rodrigues			CNS 700204936897127	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR - 0206030029

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CID10
DESLOCAMENTO RECIDIVANTE DA RÓTULA - M220 (CID10)

Justificativa do procedimento
Paciente com deslocamento recidivante da rótula direita. Solicito TC do joelho direito

Observações
Não informado

Me. Karley Jose M. Rodrigues
Médico
Mestre em Saúde da Família
CRM 1686

KARLEY JOSE MONTEIRO RODRIGUES - CRM - RO 1686
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Porto Velho - RO, 23 de março de 2026

AUTORIZAÇÃO

Nome do profissional autorizador		Código órgão emissor
Documento () CNS () CPF	Nº do documento do profissional solicitante	Data da autorização
Período de validade da APAC de / / até / /	Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)	Nº da autorização (APAC)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

Nome fantasia do estabelecimento de saúde executante	CNS
--	-----

Miriam Ferreira da Silva



SANTA MARCELINA
Saúde | de Rondônia

CNPJ: 60.742.616/0002-40
Rodovia BR 364, Km 17, sentido Cuiabá
CEP 76-801-974 - Caixa Postal 313
Porto Velho - Rondônia - (69) 3218-2211

RECEITUÁRIO

Ano Nikol Perce Neto
seteento
TC do Joelho D
Protocolo de Lyon

Notas: . Tilt e Catcher Patela
· TACT; Aluno Patela
· Displasia tre dies

Dr. Muello N. Oliveira
Ortopedia Traumatologia
CRM-RO 82487 RQE 3317
FEQ 16463

Porto Velho, 20/02+20.26

Obs.: Favor trazer a receita quando retornar ao hospital



NOT
NÚCLEO DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA

Artroscopia
Cirurgia de Coluna
Cirurgia de Joelho
Cirurgia do Pé e Tornozelo
Cirurgia de Mão
Cirurgia de Quadril
Ortopedia
Ortopedia Pediátrica
Traumatologia

Dr. Nicole Famin

montar

Segue:

Rx Coluna }
CE axial
Dorsal
Lombosacral

1984

NOT

NÚCLEO DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA

Em anexo

Dr. Lu Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRMRO 0424 / TEOT 1391



SANTA MARCELINA
Saúde | de Rondônia

CNPJ: 60.742.616/0002-40
Rodovia BR 364, Km 17, sentido Cuiabá
CEP 76-801-974 - Caixa Postal 313
Porto Velho - Rondônia - (69) 3218-2211

RECEITUÁRIO

Ama Nikol Pomie Moties
Soleto

Rx Panorâmica dos MMII

Articulação Exo Receção e
Valgo

Dr. Murilo N. Oliveira
Ortopedia Traumatologia
CRM-RO 8487 RQE 3317
FEOT 16463

Porto Velho, 20/02/2026

Obs.: Favor trazer a receita quando retornar ao hospital



SANTA MARCELINA
Saúde | de Rondônia

CNPJ: 60.742.616/0002-40
Rodovia BR 364, Km 17, sentido Cuiabá
CEP 76-801-974 - Caixa Postal 313
Porto Velho - Rondônia - (69) 3218-2211

RECEITUÁRIO

Ana Nikole Perce Neto

Saliente:

- TC Joelho @

Protocolo De Lyon

- TA GT; Altera patel
- Displasia troclear, tult patel

Dr. Murilo N. Oliveira
Ortopedia Traumatologia
CRM-RO 8447 RQE 3317
TEOT 16453

Porto Velho, .../...../ 20.....

Obs.: Favor trazer a receita quando retornar ao hospital



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE RONDÔNIA

Atenção a chamadas desconhecidas! Os números do governo (SUS) iniciam com (69) 3216...

CARTÃO DE RETORNO

PROCESSO Nº 3001.112364.2024

ASSISTIDO Ama Nikole

NÚCLEO SUS Mediador

DATA DA ABERTURA 18/12/2024

TELEFONE NÚCLEO 69 99267-3521