



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LISTA DE ESPERA DE REGULAÇÃO PARA ACESSO ÀS CONSULTAS, EXAMES E SERVIÇOS MÉDICOS.

Unidade Solicitante: Centro de Saude Bernardo Sayao

Data de Atualização: 06 /06/2025

Responsável pela Atualização: Carlos Eduardo Soares de Azevedo

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Julio Cesar de Castro Silva	Cartão SUS: 708402285508669	CPF: 10501915109	Data de Nascimento: 14/12/2010	Telefone: (63)98424-3917	Endereço: Centro
-----------	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ortopedia	Prioridade*: Eletivo	CID: M23	Data da Solicitação: 15/02/2024	Unidade de Referência: Hospital Regional Irma Rita
----------	------------------------------	--	-------------------------	-------------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Realizado	Data de Agendamento: 01/04/2024	Data da Realização: 12/04/2024	Observações: Resolvido
----------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Auverlandia Campos Bezerra de Araujo	Cartão SUS: 708105527738933	CPF: 71069615153	Data de Nascimento: 06/12/1977	Telefone: (63) 99290-5836	Endereço: Centro
-----------	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ortopedia	Prioridade*: Eletivo	CID: M796	Data da Solicitação: 03/01/2024	Unidade de Referência: Hospital Regional Araguaína
----------	------------------------------	--	-------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº	Status da Solicitação:	Data de Agendamento:	Data da Realização:	Observações:
----	------------------------	----------------------	---------------------	--------------



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

01	Realizado	27/03/2024	02/04/2024	Realizado
----	-----------	------------	------------	-----------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Antonio Rodrigues de Ramos	Cartão SUS: 702806140617468	CPF: 36971944100	Data de Nascimento: 08/07/1958	Telefone: (63) 6399269-9942	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ortopedia	Prioridade*: Eletivo	CID: M54	Data da Solicitação: 10/06/2024	Unidade de Referência: Hospital Regional Araguaína
----------	------------------------------	--	-------------------------	----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 10/06/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Marques Evangelista	Cartão SUS: 708600529774881	CPF: 01164170139	Data de Nascimento: 09/05/1985	Telefone: (63) 6399122-9355	Endereço: Setor Sicuri PA
-----------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ortopedia	Prioridade*: Eletivo	CID: M511	Data da Solicitação: 28/05/2024	Unidade de Referência: Hospital Regional Irma Rita
----------	------------------------------	--	-------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Cancelado pelo	Data de Agendamento: 28/05/2024	Data da Realização:	Observações: Cancelado
----------	--	------------------------------------	---------------------	---------------------------



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	Usuario		
--	---------	--	--

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Anaide Ubaldina Pereira	Cartão SUS: 704200218508684	CPF: 89202880115	Data de Nascimento: 16/04/1973	Telefone: (63)98463-2503	Endereço: Centro
-----------	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	-----------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ortopedia	Prioridade*: Eletivo	CID: M23	Data da Solicitação: 15/05/2025	Unidade de Referência: Hospital Regional Irma Rita
----------	------------------------------	--	-------------------------	-------------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 15/15/2025	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Maria da Conceição Braz da Silva	Cartão SUS: 700009289304108	CPF: 27018970334	Data de Nascimento: 01/05/1963	Telefone: (63) 98417-2888	Endereço: Centro
-----------	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Oftalmologia	Prioridade*: Eletivo	CID: H40	Data da Solicitação: 05/01/2024	Unidade de Referência: Hospital do Olhos Palmas
----------	------------------------------	---	-------------------------	----------	---------------------------------------	--

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 05/01/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Jose de Sousa Fernandes	Cartão SUS: 702801640510862	CPF: 20649223349	Data de Nascimento: 25/11/1957	Telefone: (63) 99122-9955	Endereço: Centro
-----------	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Oftalmologia	Prioridade*: Eletivo	CID: H000	Data da Solicitação: 08/02/2024	Unidade de Referência: Instituto Olhar Araguaina
----------	------------------------------	---	-------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 08/02/024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	-----------------------------------	---------------------	----------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Eunice Vieira de Oliveira	Cartão SUS: 708106556274335	CPF: 99114674149	Data de Nascimento: 06/07/1960	Telefone: (63) 99265-2297	Endereço: Centro
-----------	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Oftalmologia	Prioridade*: Eletivo	CID: H521	Data da Solicitação: 02/12/2023	Unidade de Referência: Instituto Olhar
----------	------------------------------	---	-------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 02/12/2023	Data da Realização:	Observações:
----------	---	------------------------------------	---------------------	--------------



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Celina Pereira de Jesus	Cartão SUS: 700007516770102	CPF: 88550680168	Data de Nascimento: 05/09/1978	Telefone: (63) 98495-1280	Endereço: Centro
-----------	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Oftalmologia	Prioridade*: Eletivo	CID: H33	Data da Solicitação: 18/04/2024	Unidade de Referência: Instituto Olhar
----------	------------------------------	---	-------------------------	----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 18/04/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Maria de Fatima Amorim da Silva	Cartão SUS: 700402440604047	CPF: 00998032166	Data de Nascimento: 09/11/1984	Telefone: (63) 98452-1504	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Oftalmologia	Prioridade*: Urgencia	CID: H40	Data da Solicitação: 19/11/2024	Unidade de Referência: Instituto Olhar
----------	------------------------------	---	--------------------------	----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Realizado	Data de Agendamento: 19/11/2024	Data da Realização: 13/03/2025	Observações: Realizado
----------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

1. Dados do Paciente

Nº:	Nome Completo:	Cartão SUS:	CPF:	Data de Nascimento:	Telefone:	Endereço:
-----	----------------	-------------	------	---------------------	-----------	-----------



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

01	Cleide de Freitas Ferreira	704604672246924	01111106100	22/08/1973	(63) 98450-4150	Centro
----	----------------------------	-----------------	-------------	------------	-----------------	--------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ginecologico	Prioridade*: Eletivo	CID: O709	Data da Solicitação: 01/08/2024	Unidade de Referência: Hospital Regional Irma Rita
----------	------------------------------	---	-------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 01/08/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Rosangela Alves Costa dos Santos	Cartão SUS: 703400614529900	CPF: 00863427111	Data de Nascimento: 06/09/1981	Telefone: (63) 99129-1457	Endereço: Tancredo Neves
-----------	---	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ginecologico	Prioridade*: Eletivo	CID: D25	Data da Solicitação: 16/09/2024	Unidade de Referência: Hospital Regional Irma Rita
----------	------------------------------	---	-------------------------	----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Realizado	Data de Agendamento: 16/09/2024	Data da Realização: 06/06/2025	Observações: Realizado
----------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

1. Dados do Paciente

Nº:	Nome Completo:	Cartão SUS:	CPF:	Data de Nascimento:	Telefone:	Endereço:
-----	----------------	-------------	------	---------------------	-----------	-----------



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

01	Herica Pereira de Oliveira	700400988742544	01790393698	16/07/1989	(63) 99222-4305	Fazenda Boa Uniao
----	----------------------------	-----------------	-------------	------------	-----------------	-------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ginecologico	Prioridade*: Eletivo	CID: N93	Data da Solicitação: 01/02/2024	Unidade de Referência: Hospital Regional Araguaina
----------	------------------------------	---	-------------------------	----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Realizado	Data de Agendamento: 30/04/2024	Data da Realização: 30/04/2024	Observações: Realizado
----------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Marilda Batista de Jesus	Cartão SUS: 706205060160264	CPF: 99311577120	Data de Nascimento: 06/11/1974	Telefone: (63) 98411-6692	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ginecologico	Prioridade*: Eletivo	CID: N951	Data da Solicitação: 13/12/2023	Unidade de Referência: Hospital Regional Irma Rita
----------	------------------------------	---	-------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Realizado	Data de Agendamento: 13/12/2023	Data da Realização: 13/04/2024	Observações: Realizado
----------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

1. Dados do Paciente



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº: 01	Nome Completo: Kaene Gomes da Costa	Cartão SUS: 898000753008280	CPF: 02124609190	Data de Nascimento: 11/10/1985	Telefone: (63) 99286-6515	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Ginecologico	Prioridade*: Urgencia	CID: N80	Data da Solicitação: 15/04/2025	Unidade de Referência: Hospital Regional Irma Rita
----------	------------------------------	---	--------------------------	----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Realizado	Data de Agendamento: 15/04/2025	Data da Realização: 06/06/2025	Observações: Realizado
----------	-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Belchior Moraes da Silva	Cartão SUS: 705206445489579	CPF: 36966401153	Data de Nascimento: 20/06/1957	Telefone: (63) 98116-5336	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Cirurgia Vascular	Prioridade*: Urgencia	CID: Q280	Data da Solicitação: 19/01/2024	Unidade de Referência: Hospital Dom Orione Araguaina
----------	------------------------------	--	--------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 19/01/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------

1. Dados do Paciente



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº: 01	Nome Completo: Maria da Paz da Silva Barros	Cartão SUS: 706809211901622	CPF: 03395662489	Data de Nascimento: 08/11/1955	Telefone: (63) 99114-8359	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Cirurgia Vascular	Prioridade*: Não Urgente	CID: I831	Data da Solicitação: 16/10/2024	Unidade de Referência: Hospital Dom Orione Araguaina
----------	------------------------------	--	-----------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 16/10/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Maria das Graças Ribeiro de Jesus	Cartão SUS: 706109836737130	CPF: 53384504100	Data de Nascimento: 19/04/1952	Telefone: (63) 99100-6819	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Cirurgia Vascular	Prioridade*: Eletivo	CID: I839	Data da Solicitação: 23/10/2024	Unidade de Referência: Hospital Dom Orione Araguaina
----------	------------------------------	--	-------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 23/10/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Adegilson de Barros Lobo	Cartão SUS: 703001840019777	CPF: 45429303472	Data de Nascimento: 24/04/1966	Telefone: (63) 999556-0878	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Cirurgia Vascular	Prioridade*: Urgencia	CID: I872	Data da Solicitação: 26/04/2024	Unidade de Referência: Hospital Dom Orione Araguaína
----------	------------------------------	--	--------------------------	-----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando Agendamento	Data de Agendamento: 26/04/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	---	------------------------------------	---------------------	----------------------------

1. Dados do Paciente

Nº: 01	Nome Completo: Gessi de Jesus Pereira	Cartão SUS: 709803005542794	CPF: 86631551153	Data de Nascimento: 05/02/1954	Telefone: (63) 99117-6533	Endereço: Centro
-----------	--	--------------------------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------

2. Detalhes da Solicitação

Nº 01	Tipo de Serviço: Consulta	Especialidade / Exame: Cirurgia Vascular	Prioridade*: Eletiva	CID: R60	Data da Solicitação: 28/04/2024	Unidade de Referência: Hospital Dom Orione Araguaína
----------	------------------------------	--	-------------------------	----------	---------------------------------------	---

3. Situação na Fila

Nº 01	Status da Solicitação: Aguardando	Data de Agendamento: 28/04/2024	Data da Realização:	Observações: Aguardando
----------	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------	----------------------------



ESTADO DO TOCANTINS
BERNARDO SAYÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

	Agendamento		
--	-------------	--	--

Status da Solicitação: • Aguardando Agendamento • Agendado • Realizado • Cancelado pelo Usuário • Cancelado pelo Serviço • Reencaminhado	Instruções de Preenchimento 1. Manter a lista atualizada com data e responsável. 2. Seguir critérios clínicos para definição de prioridade, conforme protocolos. 3. Garantir sigilo das informações pessoais dos pacientes. 4. Disponibilizar para órgãos de controle quando solicitado.
---	---

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
WASTRE JHONNATHAN FERREIRA DE SANTANA