



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

Carimbo da unidade solicitante e CNES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Data Nascimento ____/____/____

Sexo M ☒ F ☐ I ☐

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS:

CROSS:

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

Suspeita Clínica/CID

do neuropatia secundária à lesão dorsal em T7 T8

Descrição do (s) exame (s)/Código (s):

Eletroneuromiografia em membros T7 e T8, D10, I

Data da realização:

Data do atendimento:

24/10/2022

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

ALISSON MOISES M. DE SOUZA
Médico
CRM 238710-SP
CPF: 272.948.748-40

020.00005.0006-01



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Policlínica Dr. Edward Maluf

Fone (11) 24685400

CNES 2708760

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Andrei Pinheiro

4 - SEXO

Mas. ☒Fem. ☐

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

037 253

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - RAÇA/COR

8.1 - ETNIA

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Tomografia de tórax

20 - QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE.

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Dor torácica R07.4

Dor na transição toraco abdominal, com vários exames normais em Pó operatório de colecistectomia. Descartar causas torácicas

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ademar Mendes

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/8/25

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

700208411241826

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES

cópia 01/09/25

22 AGO. 2025



Prefeitura de SOROCABA

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Carimbo da unidade solicitante e CNES

Clínica Municipal Dr Edward Maluf
Av Roberto Simonsen 987 CNS 270876-9
Fone: (15) 3219-2200

(5)

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Sidnei Pinheiro

Data Nascimento

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS: *637253* CROSS:

Sexo: M ☐ F ☐ I ☐

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

Suspeita Clínica/CID

Dor toraco Abdominal

Descrição do (s) exame (s)/Código (s):

*Endoscopia
D. Alto*

Data da realização:

Data do atendimento:

22/8/25

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

[Assinatura]

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

cod: 64268X

DR = 1026 (26/08/25)