

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA  
SUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO DE EXAME

17/10/2025

13:42:46

V0228

OK  
17/10/2025  
APP

DADOS DO PACIENTE

USUARIO: 169694 - Claudio Ferreira Alves SEXO: M DT.NASC.: 11/11/1986  
SOLICITACAO No: 2025100015705 DATA SOLICITACAO: 14/10/2025  
ENDERECO: RUA CASTANHO TAQUES No 239, JARDIM ANA MARIA MUN: SOROCABA UF: SP  
CARTAO SUS: 704201755890988

LOCAL DO EXAME

MUNICIPIO: 3552205 - SOROCABA  
UNIDADE EXECUTANTE: IDS - UNIDADE SANTOS DUMONT  
ENDERECO: AV. SANTOS DUMONT, 200 SALAS 6 E 7, JD. ANA MARIA  
TELEFONE: 31

EXAMES AGENDADOS

AGENDADO PARA O DIA: 24/11/2025 10:20:00  
PROFISSIONAL: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

1206 RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA

Obrigatorio o exame de creatinina para os seguintes casos:

2 HORAS DE JEJUM

MULHERES NAO USAR MAQUIAGEM E CILIOS POSTICOS SE POSSIVEL RETIRAR APARELHO ORTODONTICO ANTES DO DIA RETIRAR PIERCINGS, APARELHO AUDITIVO E ADORNOS NA REGIAO DO EXAME TATUAGENS E MICROPIGMENTACAO ESTETICAS AGENDAR APOS 15 DIAS DE REALIZADA. RISCO DE DE QUEIMADURAS NA PELE PELO PIGMENTO TRAZER EXAMES ANTERIORES DE IMAGEM

RNM DE CRANIO / ENCEFALO / SELA TURCICA / HIPOFISE / OUVIDO / MASTOIDES / FACE / PESCOCO / MAMA. (ATENCAO: NAO E NECESSARIA A CREATININA SE FOR RNM COLUNAS E/OU ARTICULACOES, APENAS SE PRECISAR DO CONTRASTE.)

- NAO COMPARECER DE CABELOS MOLHADOS, GEL, ROUPAS E ACESSORIOS QUE CONTENHA METAIS (BOTOES, ZIPER, BRINCOS, RELOGIO - OU TIRA-LOS ANTES DE FAZER O EXAMES)

Deixe joias e bijuterias em casa Vista roupas soltas e confortaveis Obrigatorio o exame de creatinina para os seguintes casos: Pacientes acima de 70 anos Diabeticos ha mais de 10 anos Portador de rim unico Rim transplantado Insuficiencia renal Validade do exame de Creatinina e 90 (Noventa) dias

OBS.: COMPARECER COM ANTECEDENCIA DE 30 MINUTOS DO HORARIO AGENDADO;  
FAVOR NAO FALTAR AO EXAME;  
EM CASO DE AUSENCIA, AVISAR COM ANTECEDENCIA DE 03 DIAS.



Pess 75 - Est. 175

ADES - Agência de Desenvolvimento  
Econômico Social

Sin P 23.099.531



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

CNPJ: 09.515.344/0001-08  
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: União Saúde da Família 2 - CNES: 4840062  
CNPJ: 09.515.344/0001-08

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Claudio Ferreira Alves 4 - SEXO: Mas. 5 - Nº DO PRONTUÁRIO: 169694  
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 09.045.117.000 7 - DATA DE NASCIMENTO: 11/11/1986 8 - RAÇA/COR:  9 - ETNIA:   
9 - NOME DA MÃE: Ara Lucia Arunciata Ferreira 10 - TELEFONE DE CONTATO: 15 99 6175448  
11 - NOME DO RESPONSÁVEL:  12 - TELEFONE DE CONTATO:   
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Castanho Taques, 239 - JD Ana Maria  
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Senocaba 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: S.P. 18065230 16 - UF:  17 - CEP:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:  19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Rum celulosa forçava (lei fute) 20 - Q'IDE:

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  23 - Q'IDE:   
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  26 - Q'IDE:   
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  29 - Q'IDE:   
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  32 - Q'IDE:   
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO:  35 - Q'IDE:

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: doualga 37 - CID10 PRINCIPAL: m54 38 - CID10 SECUNDÁRIO:  39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:   
40 - OBSERVAÇÕES: - sem conduto

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:  42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/08/25 43 - DOCUMENTO:  44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 39750707825 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): Gustavo Bianco Azeredo  
Médico  
CRM 169.620

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:  47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:  48 - DOCUMENTO:  49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:  50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):  52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):  53 - PERÍODO DE VALIDADE DA AUT:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:  55 - CNES:

Recebido 20/08/25



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)  
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **União de Saúde da Família**  
2 - CNES: **4840067**  
3 - CNPJ: **09.515.344/0001-66**  
4 - INSCRIÇÃO ESTADUAL: **PA 59772927-8**  
5 - NOME DO RESPONSÁVEL: **Dr. Carlos Roberto de Almeida**  
6 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua 15 de Novembro, 150 - Fátima - São Paulo - SP**  
7 - DATA DE NASCIMENTO: **11/11/85**  
8 - RACIA/COR: **8.1 - ETNIA**  
9 - NOME DA MÃE: **Francineide de Almeida**  
10 - TELEFONE DE CONTATO: **11 5096 4448**  
11 - NOME DO RESPONSÁVEL: **Dr. Carlos Roberto de Almeida**  
12 - TELEFONE DE CONTATO: **11 5096 4448**  
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua 15 de Novembro, 150 - Fátima - São Paulo - SP**  
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **São Paulo - SP**  
15 - CDD, IBGE MUNICÍPIO: **16 - UF: **SP****

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
1 - NOME DO PACIENTE: **Carlos Roberto de Almeida**  
2 - SEXO: **Mas.**  
3 - Nº DO PRONTUÁRIO: **11 5096 4448**  
4 - RACIA/COR: **8.1 - ETNIA**  
5 - DATA DE NASCIMENTO: **11/11/85**  
6 - NOME DA MÃE: **Francineide de Almeida**  
7 - NOME DO RESPONSÁVEL: **Dr. Carlos Roberto de Almeida**  
8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua 15 de Novembro, 150 - Fátima - São Paulo - SP**  
9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **São Paulo - SP**  
10 - CDD, IBGE MUNICÍPIO: **16 - UF: **SP****

PROCEDIMENTO SOLICITADO  
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **8.1.01.01**  
19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Exame de urina**  
20 - QTD: **1**  
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **8.1.01.01**  
22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **Exame de urina**  
23 - QTD: **1**  
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **8.1.01.01**  
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **Exame de urina**  
26 - QTD: **1**  
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **8.1.01.01**  
28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **Exame de urina**  
29 - QTD: **1**  
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **8.1.01.01**  
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **Exame de urina**  
32 - QTD: **1**  
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **8.1.01.01**  
34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: **Exame de urina**  
35 - QTD: **1**  
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Exame de urina**  
37 - CID-10 PRINCIPAL: **8.1.01.01**  
38 - CID-10 SECUNDÁRIO: **8.1.01.01**  
39 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS: **8.1.01.01**

SOLICITAÇÃO  
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Dr. Carlos Roberto de Almeida**  
42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **18/08/25**  
43 - DOCUMENTO: **11 5096 4448**  
44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **11 5096 4448**  
45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 169.620**  
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Dr. Carlos Roberto de Almeida**  
47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR: **11 5096 4448**  
48 - DOCUMENTO: **11 5096 4448**  
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **11 5096 4448**  
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **18/08/25**  
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM 169.620**  
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO IAPAC: **11 5096 4448**  
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: **11 5096 4448**  
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **União de Saúde da Família**  
55 - CNES: **4840067**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)  
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **União de Saúde da Família**  
55 - CNES: **4840067**