

Ambulatório de Transplante Hepático

Sorocaba, 09 de janeiro de 2026

À Rede de Saúde Pública Municipal

O senhor Celso Luiz de Andrade Miranda, 60 anos, foi **transplantado de fígado** neste serviço pelo **SUS** em 27/03/2024 devido cirrose e hepatocarcinoma.

O paciente em questão é **diabético de longa data** já com **complicações secundárias graves** e sem seguimento especializado. Portador de **doença renal crônica**, **retinopatia**, **neuropatia periférica** e **artropatia de Charcot**, todas **sem acompanhamento por especialista** e com necessidade de internações prolongadas para controle de sintomas.

Desta forma, **solicito com urgência** agendamento para o paciente nas especialidades de **endocrinologia**, **nefrologia** e **ortopedia**, para que possa ser acompanhado e tratado para os quadros descritos acima. Reforço que aqui, no serviço de transplante de fígado, **não dispomos de tais especialistas para atendimento**.

Sem mais, fico à disposição para esclarecimentos e agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Atenciosamente,

DR. FRANCISCO SERGI
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
CREMESP 146.990 RQE 74.723

Dr. Francisco Sergi
Cirurgia do Aparelho Digestivo,
CRM/SP 146.990 / RQE 74.723

*Cópia
09/01/26*

**Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba**

Av. São Paulo, 750 - Jd Arvore Grande - Sorocaba
Fone: (15) 2101-8000 - CNPJ 71.485.056/0001-21

Atendimento.: 00410453 Prontuário: 0000819342 Religião.....: CATOLICA
Paciente.....: CELSO LUIZ DE ANDRADE MIRANDA Médico.....: JESSICA CARNEIRO DE
Data Nasc.....: 13/07/1965 - 60 Anos Setor.....:
Sexo.....: MASCULINO CID.....: ANEMIA NÃO ESPECIFICADA
CNS.....: 703006883994970 Data Atend.: 17/12/2025

**Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba**

Av. São Paulo, 750 - Jd Arvore Grande - Sorocaba/SP
Fone: (15) 2101-8000 - CNPJ: 71.485.056/0001-21
www.scsorocaba.com.br

GUIA REFERÊNCIA

Especialidade: ORTOPIEDIA

Prioridade: ☐ P0

Endereço do local agendado:

☒ P1☐ P2

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

☐ P3

Tempo da doença:

SIS: CROSS:

Quadro Clínico:

PÉ DE CHARCOT ESQ DE LONGA DATA, COM DEFORMIDADE IMPORTANTE, HIPETERMIA POR POSSIVEL AGUDIZAÇÃO DO QUADRO. AFEBRIL, SEM DOR A PALPAÇÃO E SEM ÁREAS DE FLUTUAÇÃO
CD SEGUIMENTO AMBULATORIAL EM POLICLINICA

Hipótese de Diagnóstico: ARTROPATIA DE CHARCOT

CID: M14.6

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento: SEGUIMENTO AMBULATORIAL NA POLICLINICA

Assinatura/Carimbo do Profissional

Assinatura/Carimbo Coordenador da Unidade

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Dra Jéssica Carneiro
Médica da Família
CRM-SP 225276
RQE 138366

JESSICA CARNEIRO DE CAMARGO - CRM:

CRM: 225276

Data e hora: 24/12/2025 07:32:26

Para a validade externa deste documento é necessário a impressão e a assinatura física pelo profissional médico responsável pela emissão.





GUIA DE REFERÊNCIA



Av Rønnen, Salsbørn 897
 Cnr: 2 05062 15 102 (10322) 2200

Prioridade: PO ()

P1 ()

P2 ()

P3 ()

Hora:

Data de Nascimento: / /

CROSS:

Quadro Clínico:

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Assinatura / Carimbo do Profissional

Assinatura / Carimbo do Coordenador da Unidade:

Data: 10/1

Data: / /

CÓPIA 13/10/26



Secretaria da
Saúde

GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico / Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: / /

Hours:

Data: f 1



Date: / /

NEURO

Secretaria da
SaúdePrefeitura de
SOROCABA**GUIA DE REFERÊNCIA**

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

UBS FIORI
Rua André Manente, S/N - VI. Olímpia
Tel: 3235-7171 - CNES: 2055678

Especialidade: **NEUROLOGIA**

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 (X)

P2 ()

P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente/Nome Social: **Celso Luiz De Andrade Miranda**

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

PACIENTE COM TRANSPLANTE HEPÁTICO HÁ 90 DIAS, EX ETILISTA, PORTADOR DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA, COM QUEIXA DE FREQUENTES CRISES DE ESQUECIMENTOS QUE ATRAPALHAM SUAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA. REFERE AINDA FRAQUENA EM MEMBRO INFERIORES COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.

Hipótese de Diagnóstico:

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

CID:

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

CÓPIA

Motivo do Encaminhamento:

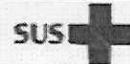
Assinatura / Carimbo do Profissional

DR. THIAGO G. SILVA
MÉDICO
CRM-SP 187766

Data: **14 / 08 / 24**

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Data: / /

Secretaria da
SaúdePrefeitura de
SOROCABA**GUIA CONTRARREFERÊNCIA**

Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico/Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: / /