



Prefeitura Municipal de Sorocaba
Secretaria Municipal da Saúde
UPH - Zona Leste
Av Cel. Nogueira Padilha, 2585 - Vila Hortência.
Fone: 3333-0100

Boa tarde
Aguidal
Manoel

GUIA DE REFÊRENCIA

|Nome do paciente: CELSO LUIZ DE ANDRADE MIRANDA
|Proveniência: UPH Zona Leste
|Encaminhamento para: UBS

|Especialidade: CM / GASTRO
|Data: 1 de agosto de 2025

|Tempo da doença: <D XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

|Quadro clínico:

PACIENTE COM QUADRO DE TOSSE, PIROSE, SENSÇÃO DE REFLUXO, DOR ABDOMINAL E NÁUSEAS.

|Hipótese de Diagnóstico: DRGE

CID:

|Exames Solicitados:

|Medicação Indicada:

|Evolução do Paciente:

|Motivo do Encaminhamento:

AValiação COM ENDOSCOPIA E SEGUIMENTO AMBULATORIAL

GABRIEL RIBEIRO FRAN CRM:263621-SP
Coordenador da unidade
01/08/2025

Assinatura / Carimbo

Dr. Gabriel Ribeiro Francisco
Médico
CRM-SP 263.621

Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico/Tratamento:

Orientação à unidade de origem:

*Retorno em:

Assinatura/Carimbo

Data: ____/____/____

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE:

Pol. Inter. M. S. e P. S. II
Av. Robert. J. Simpson 1.37
C.N.S. 2.037.301/17-20 (131010270)

Especialidade:	Prioridade: PO ()
Endereço do local agendado:	P1 () P2 () P3 ()
Data:	Hora:

Nome do Paciente / Nome Social:

Data de Nascimento: / /

SIS:

CROSS:

Tempo da Doença:

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:

Data: / /

Para:

Do serviço:

Especialidade:

Nº do Prontuário:

Nome do Paciente:

Diagnóstico / Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

Assinatura / Carimbo

* Retorno em:

Data: / /



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - SEXO

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

Mas. ☐

Fem. ☐

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

20 - QTDE.

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

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

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

Dr. Luis Frederico Gerbase
CRM-SP 88.853
Cirurgião Vascular

() CNS

() CPF

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES