



PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA SAÚDE
2690861 UBS SIMUS



GUIA DE ENCAMINHAMENTO

PACIENTE

Nº da Solicitação: 3738815

Data da Solicitação: 01/09/2025

Nome: 137290 - Adina Xavier SIRESP:
Data de Nascimento: 17/03/1973 CPF: 14396523840 CNS: 700408975183646
Nome da Mãe: Maria Gonzaga Xavier
Telefone para contato: 1597689515 | 15998047200
Endereço: 18056360 RUA CARLOS ESCOBAR ATHAYDE, 136 - PARQUE MANCHESTER - SOROCABA - SAO PAUL
Unidade Solicitante: UBS JARDIM SIMUS
Unidade Referência: UBS JARDIM SIMUS

ENCAMINHAMENTO

225265 Médico oftalmologista
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

Justificativa:

e dim ac visual com piora 1 ano, cd guia oftalmo P1

Sorocaba, 01/09/2025

DR.(A) PAULO JOAQUIM AFONSO
Médico clínico
CRM 54220
UBS JARDIM SIMUS

Acompanhe seus agendamentos no aplicativo "Agenda UBS Sorocaba", disponível para Android e iOS
Para adquirir sua senha, compareça a sua unidade referência portando documento de identidade, número de
telefone atualizado, CPF e comprovante de residência para atualizar seus dados cadastrais

Solicitação criada por SMS0236 | Número da Solicitação 3738815

Paciente Aduma Xavier

Pressão Intraocular - PIO

O paciente descrito realizou o exame de Pressão Intraocular na data: 12/11/25 obtendo os seguintes resultados:

O paciente descrito realizou o exame de Paquimetria Óptica Ultrassônica na data: 12/11/25 obtendo os seguintes resultados:

Olho Direito: 14 mmHg.

Olho Esquerdo: 12 mmHg.

Olho Direito: media: 551 μ m.

Olho Esquerdo: Media: 541 μ m.

Olho Direito: 14 mmHg.

Olho Esquerdo: 12 mmHg.

Olho Direito: 14 mmHg.

Olho Esquerdo: 12 mmHg.



Paciente

, ADINA XAVIER

Documento

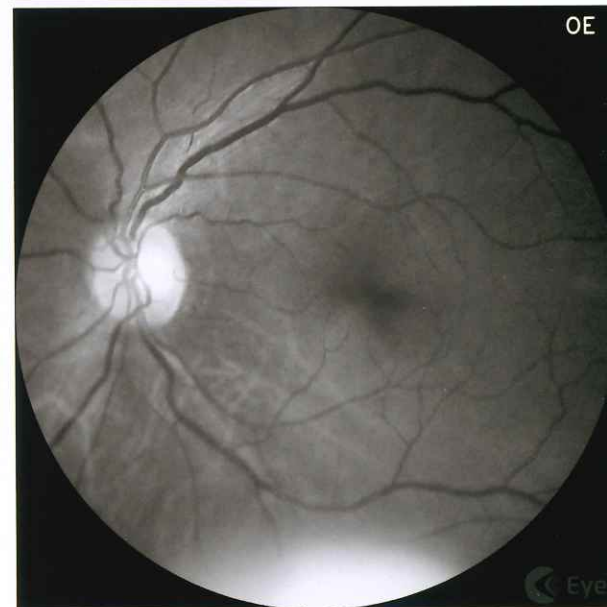
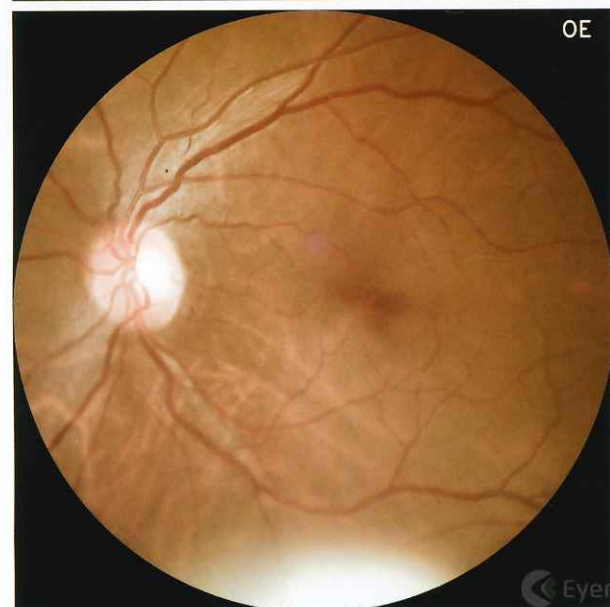
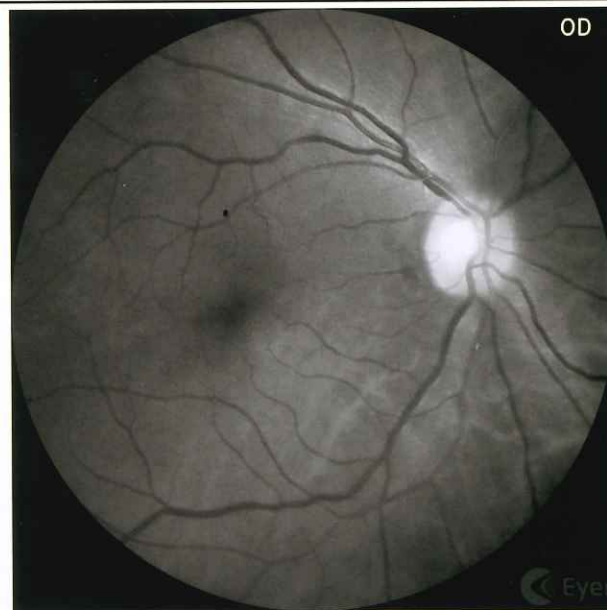
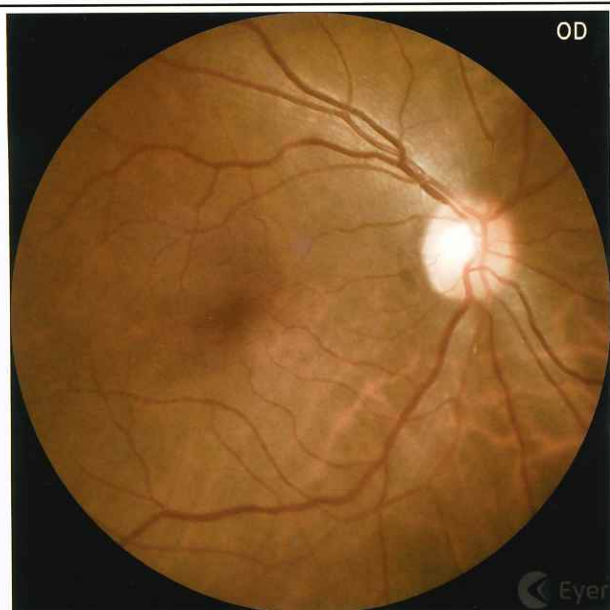
(CPF) 14396523840

Data de nascimento

17/03/1973

Midríase

Não



914 3078

prioridade

Dr. Miguel D. M. Estaragan
MÉDICO
CRM/SP 163.750

Email 9/11

Prefeitura de
SOROCABA**GUIA DE REFERÊNCIA****UBS JD. SIMUS**Al. dos Lírios, 327
Jd. Simus CEP 18055-141
Sorocaba/SP Fone: (15) 3221-1177
CNES 2690861

Especialidade:

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 ()

P2 ()

P3 ()

REUMATOLOGIA

Data:

Hora:

Nome do Paciente/Nome Social:

Alina Xavier

Data de Nascimento:

/ /

Tempo da Doença:

01 ano

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

Paciente com história de poliartralgia em dedos, punhos, cotovelos ombros e quadris há 01 ano de início de início difusa e parietal, sem melhora com medicação. Já tem diagnóstico de fibromialgia.

Hipótese de Diagnóstico:

Poliartralgia / Fibromialgia

M25.5

M79.7

Exames Solicitados:

Fator Reumatoide, FAN, Anti-DM, Anti-RO, Anti-CCP, C3, C4, CH50, HLA B27, Anti citrulinado

Medicação Indicada:

Sertralina + Pregabalina + Gabapentina + Duaf

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Avaliação de especialista

Assinatura / Carimbo do Profissional

Dr. Miguel D. M. Estaragan

MÉDICO

CRM/SP 163.750

Data: **02/OUT. 2024**

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Osigodo

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: / /

Secretaria da
Saúde



Prefeitura de
SOROCABA

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

- JD. SIMUS
Al. dos Linos, 327
Jd. Simus CEP 180.5-141
Sorocaba/SP Fone: (15) 3221-111
CNPJ 2690861

Especialidade: Neurologia

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 ()

P2 ()

P3 ()

Data:

Hora:

Data de Nascimento: / /

Nome do Paciente/Nome Social: Adriana Xavier

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico: paciente com queixa de epilepsia, com atividade epileptiforme - pouco frequente em EEG. Encaminhada para avaliação e conduta

Hipótese de Diagnóstico:

CID: R54

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento: epilepsia

Assinatura / Carimbo do Profissional

Dra. Ticiane Santos Foss
Médica

Data: 15/05/24

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Data: / /

Secretaria da
Saúde



Prefeitura de
SOROCABA

GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico/Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

• Retorno em:

Recebido
15/05/24

Assinatura / Carimbo

Data: / /