



PREFEITURA DE SOROCABA
Secretaria da Saúde



carimbo unidade

Centro de Saúde Cajuru
Avenida Paraná, 3 719
Tel.: 9333-2525
CNES 2049287

RECEITUÁRIO

Claudemir

(15) 99856-7835

Solicite o exame de
exa nos exames de
Claudemir Hemingway
reto (Rx esofago + TC celula
+ Ecocardiograma + Holter
24 h), Solicitadas em
13/08/25 e 23/01/26,
necessários para processo
de pericia judicial.

Grata!

23/01/26

Dra. Deborah Ann Lindsey
CRM-SP 217332
At. Espinha e Comunidade

FAVOR AGUARDAR NOSSO CONTATO

LEMBRAR SEMPRE DE ATUALIZAR OS
NÚMEROS DE TELEFONES

№ SIS: 624336 P1 () P2 () P3 ()
ESP/EXAME: Rx celula + Ecocardiograma + Holter 24h
PROFISSIONAL: Dr. Claudemir Hemingway
ENTREGUE DIA: 13/08/25

Cartão de Identificação e Agendamento

Nome: Claudemir Hemingway
Data de Nasc.: 15/08/2000
Sexo: M
SIS Nº: 624336

Data de Matr.:
UNIDADE MISTA DE SAÚDE LARANJEIRAS
Rua Rudnei Schenfelder, s/n
U.B.S.:
Fone: (15) 9326-9190 / 9343244
Cartão SUS:
CROSS: Nº:
Quando voltar queira trazer este cartão
Cód. 020.00010.0008-01

PREFEITURA DE SOROCABA
Secretaria da Saúde

 PREFEITURA DE SOROCABA		Cartão SUS do paciente	
Secretaria da Saúde Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT		Nome do paciente/Nome Social: <u>Caroline Klemminger</u>	
REQUISIÇÃO DE EXAMES		Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F ☐ I ☐	
UNIDADE MISTA DE SAÚDE LARANJEIRA R. Rudnei Schonfelder, s/nº Fone: (13) 3226-5170 / 3226-1266 CNES: 2049244		Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena ☐ sem inf. Suspeita Clínica/CID:	
Carimbo da unidade solicitante e CNES		Data da realização: ____/____/____ Data do atendimento: ____/____/____	
Carimbo e assinatura do profissional solicitante <u>Dra. Jocelyn Ann Lindsey</u> Médica CRM: 217332		Carimbo e assinatura do profissional executante:	
Endereço do paciente:		Carimbo do atendimento: ☐ Urgência ☒ Eletivo	
Assinatura do paciente:		Endereço do paciente:	

[illegible]

Guano 13/8/25

DF = 0.718 (25/2016)

Carimbo e assinatura do profissional executor:

Data da realização: _____

Data do atendimento: 13/08/25

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☒ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

Carimbo e assinatura do profissional solicitante
Dra. Deborah Ann Lindsey
Médica
CRM-217332

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

Rx. coluna torácica
Rx. coluna lombar / 3 views

Suspeita Clínica/CID

Sexo

M ☐ F ☐ I ☐

Data Nascimento

____/____/____

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena ☐ sem inf.

CROSS:

Nome do paciente/Nome Social:

Carla Gomes Lourenço Neto

Cartão SUS do paciente

Prefeitura de
SOROCABA

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT

REQUISICÃO DE EXAMES

CNES: 2049244

Fone: (15) 3226.5170 / 3226.1266

R. Rudnei Schonfelder, s/nº
UNIDADE SAÚDE COMUNITÁRIA 2 - CNES

Guia 13/8/25

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE Claudemus Rommings Neto

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CDD, IBGE MUNICÍPIO 16 - UF 17 - CEP

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 1º cefema lombar

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Síndrome + lesões discas M54 M51.0

37 - CID10 PRINCIPAL-38 - CID10 SECUNDÁRIO-39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Deborah Ann Lindsey

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 7100109889485390

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - N° DOCUMENTO (CNS) () CPF

47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

54 - CNES