



PREFEITURA DE SOROCABA
Secretaria da Saúde
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE ULTRA-SOM

Carimbo da Unidade Solicitante e CNES

CENTRO DE SAÚDE WANEL VILLE
R. Alexandre Caldini, nº 423
Wanel Ville I - Sorocaba - SP
CEP 13055-710 - Cód.: 6392589
Tel: 3202-1552 / 3202-2109

Cartão SUS do paciente (CNES):

Nome do Paciente / Nome Social

Cross:

Sandra Regina J. Alvarenga

Data Nascimento

Sexo

☐ M ☐ F

☐ I

Raça/cor:

☐ branca

☐ parda

☐ indígena

☐ preta

☐ amarela

☐ sem inf.

Município de residência do paciente:

SIS

Exame de ultra-som:

USG transv.

Código:

1. Anamnese e duração dos sintomas

2. Exame físico:

Malt

3. Hipótese diagnóstica:

nodulo hereditario

4. Em caso de urgência, justificar:

Prioridade:

as acima

5. Subsídios adicionais que espera obter para elucidação diagnóstica e/ou orientação na conduta terapêutica:

Dra. Camila E. Walker
Médica
CRM-SP 159.920

Carimbo e assinatura do profissional solicitante:

Camila E. Walker

Data da solicitação

14 | 10 | 25

CID

E07.8

Carimbo e assinatura do profissional autorizante:

Data da autorização

Setor (regulação, DAB, Gabinete, etc)

Carimbo da Unidade executante e CNES

Carimbo da Unidade executante e CNES

Data da realização do USG:

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

Urgência Eletivo

Assinatura do Paciente:

020.00001.0002-01

deixei p/
marcar no
Postinho
14/10/25



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Carimbo da unidade solicitante e CNES

Policlínica Municipal Dr. Edward Matti
Av. Sen. Roberto Simonsen, 967
Fone: (15) 3219-2200
CNPJ 46.634.044/0001-74

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Sandra Regina S. Alvarenga

Data Nascimento: ____/____/____

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS: _____

CROSS: _____

Sexo

M ☐ F ☐ I ☐

☐ preta ☐ amarela ☒ sem inf.

Suspeita Clínica/CID

Dor aguda alta (tanto para sólidos/liquidos)

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

NAJOLARIN 60 FORMULIN

Data da realização: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Dr. Ricardo A. ...
CRM 123456
CNPJ 123456789

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

cod. 64268X

DR 08/12/25

Deixe
R. Mancini



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Carimbo da unidade solicitante
CENTRO DE SAÚDE WANDERVILLE
R. Alexandre Caldini, nº 695
Wander Ville I - Sorocaba - SP
CEP 18055-710 - Cód.: 6392989
Tel: 3202-1662 / 3202-2109

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Data Nascimento

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS: 970003 CROSS:

Sexo ☒ M ☐ F ☐ I ☐

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

Suspeita Clínica/CID

C18.9

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

colono	pi2	

Data da realização:

Data do atendimento:

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Carimbo e assinatura do profissional executor

Andre Caldeira
CRM 123681
neumologista

Caráter do atendimento:

☒ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

cod. 64268X

URGENTE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

PACIENTE

Nº da Solicitação: 4267936

Data da Solicitação: 18/12/2025

Nome: 1018663 - Sandra Regina Gasparini Alvarenga SIRESP:
Data de Nascimento: 13/07/1960 CPF: 03060800871 CNS: 707001839995639
Nome da Mãe: Maria Jose Shonsen Gasparini
Telefone para contato: 1530260971 | 1170807611 | 11970807611
Endereço: 18056070 RUA JOSE MARIA HIDALGO, 66 - JARDIM ITANGUA - SOROCABA - SAO PAULO
Unidade Solicitante: USF WANEL VILLE
Unidade Referência: USF WANEL VILLE

ENCAMINHAMENTO

225120 Médico cardiologista
9999997934 HOLTER
AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

Justificativa:
PACIENTE RELATA PALPITAÇÃO E TONTURAS

Sorocaba, 18/12/2025



DR.(A) ANA PAULA RUSSAFA PEREIRA
Médico da estratégia de saúde da família
CRM 256759
USF WANEL VILLE

Solicitação criada por SMS6286

aguardo a ligação
Do Estúdio Wanel.

Deixei
no Wanel
P/ Marcar

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

PACIENTE

Nº da Solicitação: 4268195

Data da Solicitação: 18/12/2025

Nome: 1018663 - Sandra Regina Gasparini Alvarenga SIRESP:
Data de Nascimento: 13/07/1960 CPF: 03060800871 CNS: 707001839995639
Nome da Mãe: Maria Jose Shonsen Gasparini
Telefone para contato: 1530260971 | 1170807611 | 11970807611
Endereço: 18056070 RUA JOSE MARIA HIDALGO, 66 - JARDIM ITANGUA - SOROCABA - SAO PAULO
Unidade Solicitante: USF WANEL VILLE
Unidade Referência: USF WANEL VILLE

ENCAMINHAMENTO

225270 Médico ortopedista e traumatologista
9999999639 CONSULTA AMBULATORIO DE ACUPUNTURA
AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA

Justificativa:
PACIENTE JÁ REALIZA ACUPUNTURA

Sorocaba, 18/12/2025



DR.(A) ANA PAULA RUSSAFA PEREIRA
Médico da estratégia de saúde da família
CRM 256759
USF WANEL VILLE

Solicitação criada por SMS6286

aguardar a ligação
do Botinho do Wanel

Deixar
no Wanel
8/11/2025

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE SERVIÇO

PACIENTE

Nº da Solicitação: 3808033

Data da Solicitação: 12/09/2025

Nome: 1018663 - Sandra Regina Gasparini Alvarenga SIRESP:
Data de Nascimento: 13/07/1960 CPF: 03060800871 CNS: 707001839995639
Nome da Mãe: Maria Jose Shonsen Gasparini
Telefone para contato: 1530260971 | 1170807611 | 11970807611
Endereço: 18056070 RUA JOSE MARIA HIDALGO, 66 - JARDIM ITANGUA - SOROCABA - SAO PAULO
Unidade Solicitante: USF WANEL VILLE
Unidade Referência: USF WANEL VILLE

SOLICITAÇÃO

CBO Solicitado: 225165 Médico gastroenterologista
Procedimento: 9999997956 COLONOSCOPIA (ACIMA DE 65 DE ANOS)
Motivo da Solicitação: PRIMEIRA AVALIAÇÃO

Justificativa:

COLONOSCOPIA

PESO: 111 KG

ALTURA: 173 CM

CROSS: 4730906

ELETIVO

Sorocaba, 12/09/2025



DR.(A) CAMILA GAGLIARDI WALTER

Médico clínico

CRM 149920

USF WANEL VILLE

Solicitação criada por SMS0586

*Deixei no
Posto Wanel
P/Marcos*

Ne 2 - 708