

Secretaria da
Saúde



Prefeitura de
SOROCABA

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

Policlinica
Policlinica Dr. Edward Mar.
Av. Roberto Simonsen, 98
Fone (15) 3219-2200
CNES 2708760

Especialidade:

COLUNA

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 (x)
P2 ()
P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente/Nome Social:

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

*dores lombares, Cauda Equina
c/ radicular
POT Discrep. lombar*

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Exames Solicitados:

Artroscopia c/ Exame Cauda Equina

*M480
M489
M512*

Medicação Indicada:

RM/alg/fat

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Artroscopia

Assinatura / Carimbo do Profissional
Dr. Guilherme S. Sampaio
Acupuntura & Ortopedia
CRM 83.221/CNS 204315354710009

Data: / /

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:

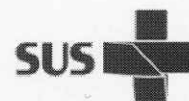
* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: / /



PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DA SAÚDE
2708760 POLICLÍNICA MUNICIPAL "DR. EDWARD MALUF"



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE SERVIÇO

PACIENTE

Nº da Solicitação: **4344170**

Data da Solicitação: **13/01/2026**

Nome: **1109286 - Ivone de sa** SIRESP:
Data de Nascimento: **07/02/1954** CPF: **98570897804** CNS: **705504472025710**
Nome da Mãe: **Fausta Maria Arantes de sa**
Telefone para contato: **15996775241**
Endereço: **18016585 RUA JOSE ROBERTO MONCAYO, 384 - JARDIM GONCALVES - SOROCABA - SAO PAULO**
Unidade Solicitante: **POLICLINICA MUNICIPAL DR EDWARD MALUF**
Unidade Referência: **UBS VILA HARO**

SOLICITAÇÃO

CBO Solicitado: **225270 Médico ortopedista e traumatologista**
Procedimento: **9999999969 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA RETORNO POLICLINICA**
Motivo da Solicitação: **RETORNO**

Justificativa:
JUN/26 + ENMG + RX

Sorocaba, 13/01/2026



DR.(A) GUILHERME SAFADY SAAD HOSSNE
Médico ortopedista e traumatologista
CRM 083221
POLICLINICA MUNICIPAL DR EDWARD MALUF



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

Especialidade: *Neumologia*

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 ()

P2 ()

P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente/Nome Social: *Primo da Sá*

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

*Paciente com quadro de crise atônica generalizada,
das mas não a defasadas das atônias
interfalonias*

Hipótese de Diagnóstico: *Ata. Parcial*

CID:

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento: *Polígono benzodiazep*

Assinatura / Carimbo do Profissional

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Dr. Paulo Scuderi Neto
CRMSP 115319Data: *09/ABR/2024*

Data: / /



Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico/Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: / /

ria da
le



Prefeitura de
SOROCABA

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

Policlinica Dr. Edward Mall
Av. Roberto Simonsen, 97
Fone (15) 3219-2200
CNES 2708760

Especialidade:

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 ()

P2 ()

P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente/Nome Social:

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

Coluna Cervical/Lumbar OA/DISCOS/ESQUELETO

Tratamento com Fisioterapia

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Exames Solicitados:

M480/M522/M238

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Assinatura / Carimbo Profissional

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Dr. Guilherme S. Sampaio
Acupuntura & Ortopedia
CRM 83.224/CNS 204315354710009

Data:

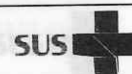
Data: / /

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:

Assinatura / Carimbo

Data: / /

Secretaria da
Saúde



Prefeitura de
SOROCABA

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

Especialidade: Acupuntura

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 ()
P2 ()
P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente/Nome Social: Luana Se

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

Hipótese de Diagnóstico: Dor / Exame Card / pulm

Exames Solicitados:

CID: M57
M48

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Assinatura / Carimbo do Profissional
Dr. Guilherme Saad Hosne
Acupuntura & Ortopedia
CRM-83.221/CNS 204315354710009

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Data: / /

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:

Assinatura / Carimbo

Data: / /