

|                            |                                   |                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Secretaria da Saúde</b> | <br><b>Prefeitura de SOROCABA</b> | <h1 style="margin: 0;">GUIA DE REFERÊNCIA</h1> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <b>DEMANDA SUS</b><br/> 13 NOV. 2024 </div> </div> |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE**  

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA  
CNES 2051990  
RUA: DEODORO REIS, 150  
FONE: (15) 3233 - 1150

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Especialidade: <u>Dermatologista</u> | Prioridade: PO ( )         |
| Endereço do local agendado:          | P1 ( )<br>P2 ( )<br>P3 ( ) |
| Data:                                | Hora:                      |

|                                                                     |                         |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Nome do Paciente/Nome Social: <u>Leuz Henrique dos Santos Lopes</u> | Data de Nascimento: / / |
| Tempo da Doença:                                                    | SIS: CROSS:             |
| Quadro Clínico:                                                     |                         |
| <u>Paciente q leão torçosa</u>                                      |                         |
| Hipótese de Diagnóstico: <u>Leão Torçosa Solmel</u>                 | CID: <u>B07</u>         |
| Exames Solicitados:                                                 |                         |
| Medicação Indicada:                                                 |                         |
| Evolução do Paciente:                                               |                         |
| Motivo do Encaminhamento: <u>Seguimento</u>                         |                         |

Assinatura / Carimbo do Profissional

Data: 11 / 06 / 24

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Leuz Henrique COORD  
SUBST

Data: 24 / 06 / 24

|                            |                                   |                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Secretaria da Saúde</b> | <br><b>Prefeitura de SOROCABA</b> | <h1 style="margin: 0;">GUIA CONTRARREFERÊNCIA</h1> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <b>SUS</b><br/> </div> </div> |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| Do serviço:                     | Para:                |
| Especialidade:                  |                      |
| Nome do Paciente:               | Nº do Prontuário:    |
| Diagnóstico/Tratamento:         |                      |
| Orientação à Unidade de Origem: |                      |
| * Retorno em:                   | Assinatura / Carimbo |

|                        |                                                                                                                    |                           |                                                                                               |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secretaria da<br>Saúde |  <b>Prefeitura de<br/>SOROCABA</b> | <b>GUIA DE REFERÊNCIA</b> | <b>SUS</b>  |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

**CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE**

**UBS VILA HORTÊNCIA**  
Rua Teodoro Nogueira, 677  
CEP 18.021-763 - Tel: 3227.5438  
C.E.S: 203-773

|                                                   |                            |
|---------------------------------------------------|----------------------------|
| Especialidade: <i>Serviço especial</i>            | Prioridade: PO ( )         |
| Endereço do local agendado:<br><i>zoo em TEA.</i> | P1 (X)<br>P2 ( )<br>P3 ( ) |
| Data: _____                                       | Hora: _____                |

Nome do Paciente/Nome Social: *Luiz Henrique dos Santos Lopes*      Data de Nascimento:    /    /

Tempo da Doença: \_\_\_\_\_      SIS: \_\_\_\_\_      CROSS: \_\_\_\_\_

Quadro Clínico: *Paciente com diagnóstico T.E.A em seguimento psiquiátrico aguardando vagas de T.O + psicoterapia + farm. indicadas para autismo. Sem acompanhamento multiprofissional. Aguarda vagas há anos.*

Hipótese de Diagnóstico: *TEA*      CID: *F84.0*

Exames Solicitados: \_\_\_\_\_

Medicação Indicada: *Risperidona 1g - 8/8hrs*

Evolução do Paciente: *-*

Motivo do Encaminhamento: *Avaliação e seguimento*

Assinatura / Carimbo do Profissional

*Dra. Lúcia Almeida*  
Médica Psiquiatra  
CRM-SP 120437 RQE 95377

Data: *07/08/23*

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

*Thais Molinari Ferraresi*  
Coordenadora UBS Vl. Santana

Data:    /    /

|                        |                                                                                                                       |                               |                                                                                                  |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secretaria da<br>Saúde |  <b>Prefeitura de<br/>SOROCABA</b> | <b>GUIA CONTRARREFERÊNCIA</b> | <b>SUS</b>  |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| Do serviço:                     | Para:                |
| Especialidade:                  |                      |
| Nome do Paciente:               | Nº do Prontuário:    |
| Diagnóstico/Tratamento:         |                      |
| Orientação à Unidade de Origem: |                      |
| * Retorno em:                   | Assinatura / Carimbo |