APADAS
Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Sorocaba
Rua Salvador Correa, 485 tel:(15) 3232-9906 – Sorocaba /SP.CEP18030-130
CNPJ: 58983008/0001-03 CNAS: 44006.000545/2000-41 CCEBAS 0088/2002
Utilidade Pública Municipal: Lei 3.250 de 26/03/1990
Ulidade Pública Estadual: Lei 10.577 de 09/06/2000

PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO
Avaliação Audiológica

1. Identificação:

Nome: Janara Moreira Alves Data: 02 / 03 / 26

Data de Nascimento: 24 / 09 / 85 Idade Atual: _____ Sexo: F

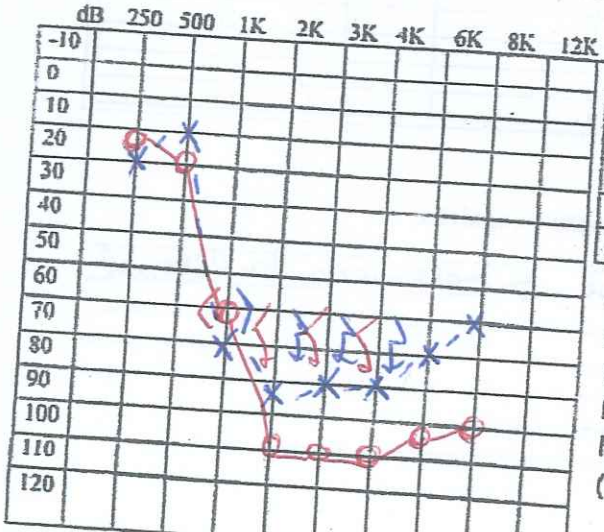
Tabela 1: Valores de normalidade e desvio padrão para respostas de crianças, em diferentes faixas etárias, para diferentes estímulos e diferentes transdutores

Idade	Instrumentos (dBSPL)			Tom Puro Warble (dBHL)			Fala (dBHL)		
	Campo	Fone	Insert	Campo	Fone	Insert	Campo	Fone	Insert
0-6 sem	50-70			78 ± 6			40-50		
6sem -4m	50-60			70 ± 10			47 ± 2		
04-07m	40-50			51 ± 9			21 ± 8		
07-09m	30-40			45 ± 15			15 ± 7		
09-13m	25-35			38 ± 8			8 ± 7		
13-16m	25-30			32 ± 10			5 ± 5		
16-21m	25			25 ± 10			5 ± 1		
21-24m	25			26 ± 10			3 ± 2		

(adaptado por Martinez,MANS, 2003 de Northern & Downs- Hearing in Children. Baltimore, Williams & Wilkins, 1984)

Audiometria comportamental para sons calibrados

Tom Puro ☐	Tom pulsátil ☐	Warble tone ☑	Narrow band ☐	White noise ☐
Campo livre ☐	Fone TDH-39 ☒	Insertphone ER3A ☐	VERA ☐	VRA ☐
Lúdica ☐	BOA ☐	Audiômetro AD2000		



	SDT	SRT	IRF	
			dB	%
OD		35		
OE		30		
Campo				

☐ Com_____figuras
☐ Com perguntas
☐ Com ordens simples
☐ Com lista de palavras foneticamente balanceadas

Mascaramento (Técnica de Hood) VA ☐ OD ☐ OE
VO ☐ OD ☐ OE
Logo ☐ OD ☐ OE

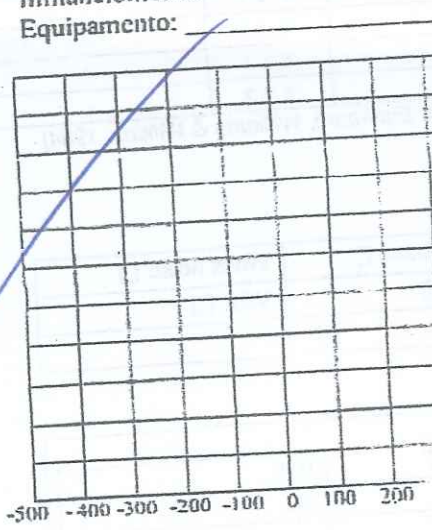
Ref.: 014

Avaliação para sons não calibrados (BOA)

	Pipo	Tambor	Apogô	Ewing	/a/	/i/	/u/	/s/	/S/	/m/	nome
Atenção OD											
Atenção OE											
Reconhecimento OD											
Reconhecimento OE											
Localização D											
Localização E											
DI ↓											
EI ↓											
DD ↓											
ED ↓											
DI ↑											
EI ↑											
DD ↑											
ED ↑											
Imitação											
RCP OD											
RCP OE											
Habituação											

Imitanciometria

Equipamento: _____ Tom Sonda: _____ Hz



Reflexo Estapediano

Freq. Hz	Limiar OD	Af. D Contra	Difer	Af. D Ipsi	Decay
4K					
2K					
1K					
500					
WN					

Freq. Hz	Limiar OE	Af. E Contra	Difer.	Af. E Ipsi	Decay
4K					
2K					
1K					
500					
WN					

Observações da Voz, fala, comportamento auditivo, comunicação e cognição:

Perda auditiva neurossensorial moderada bilateral

Simone Angélica P. Prezotto
Fonoaudióloga
CRFa: 2-12576

Examinador _____

Ref.. 014

Secretaria da Saúde | Prefeitura de SOROCABA

GUIA DE REFERÊNCIA

SUS

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

UBS FIORI
Rua André Manente, S/N - Vl. Olímpia
Tel.: 3235.7171 - CNES 2055678

Especialidade: APADAS

Prioridade: PO ( ) P1 (X) P2 ( ) P3 ( )

Endereço do local agendado:

Data: Hora:

Nome do Paciente:/Nome Social: Samara M. Alves

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença: SIS: CROSS:

Quadro Clínico:

Pcte 39 anos em uso de ap. auditivo (prov. da APADAS) necessita de nova avaliação + audiometria (ultimo exame em 2023)

Hipótese de Diagnóstico: Perda auditiva CID: H90.

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento: Nova avaliação p/ audiometria.

Assinatura / Carimbo do Profissional
Haime Harada Dantas
Médica CRM/SP 238.359
CNS 703007862187679
Data: 14/07/25

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:
Data: / /

cópia

Secretaria da Saúde | Prefeitura de SOROCABA

GUIA CONTRARREFERÊNCIA

SUS

Do serviço: Para:

Especialidade:

Nome do Paciente: Nº do Prontuário:

Diagnóstico/Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: / /

324997339 DEM OK

Prefeitura de SOROCABA

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Carimbo da unidade solicitante e CNES
UBS FIORI
Rua André Manente, S/N Vl. Olímpia
Tel.:3235.7171 - CNES 2055678

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social: Simone M Lopes

Data Nascimento ___/___/_____ Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena SIS: 199659 CROSS:

Sexo M ☐ F ☐ I ☐ ☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

Suspeita Clínica/CID

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

Data da realização: ___/___/___

Data do atendimento: 14/07/25

Carimbo e assinatura do profissional solicitante
Haime Harada Dantas
Médica-CRM/SP 238.359
CNS 703007862187678

Carimbo e assinatura do profissional executante:
Simone Angélica P. Prezotto
Fonoaudióloga
CRFa: 2 - 12576

Caráter do atendimento:
☐ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

020.00005.000

---

apadas

Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Sorocaba
Rua Salvador Corrêa nº 485 - Fone (15) 3232-9906 Sorocaba - SP
CNJP: 58.983.008/0001-03 CNAS: 44.006.000.545/2000-41 CEBAS 0088/2002
Utilidade Pública Municipal: Lei 3.250 de 26/03/1990
Utilidade Pública Estadual: Lei 10.577 de 09/06/2000
Utilidade Pública Federal: Portaria 373 de 12/05/2000
Certificado de Entidade Beneficente: CNAS 05/07/2002

Sorocaba,_____de_____de_____

Encaminhamos o (a) paciente_____

_____ para a UBS – Unidade Básica de Saúde de referência, a qual deverá agendar na vaga de:

Acompanhamento de paciente para adaptação de aparelho e amplificação sonora individual.

Simone Angélica P. Prezotto
Fonoaudióloga
CRFa: 2 - 12576

Patrícia Gino
Assistente Social
CRESS 45.720