

FAVOR AGUARDAR NOSSO CONTATO

LEMBRAR SEMPRE DE ATUALIZAR OS
NUMEROS DE TELEFONES

Nº SIS: _____ P1 () P2 () P3 ()

ESP/EXAME: _____

PROFISSIONAL: _____

ENTREGUE DIA: 19/05/25

UBS LARANJEIRAS

GUIA DE REFERÊNCIA



Especialidade: TFA Confirmada Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado: _____ P1 ()

P2 ()

P3 ()

Data: _____

Hora: _____

Nome do Paciente/Nome Social: Ana Luiza B. Travers

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença: _____

SIS: _____

CROSS: _____

Quadro Clínico:

Pd acompanhamento a longo de TFA
necessitando de assistência multidisciplinar

Hipótese de Diagnóstico: _____

CID: 6A02

Exames Solicitados: _____

F84

Medicação Indicada: _____

Evolução do Paciente: _____

Motivo do Encaminhamento: Acompanhamento multidisciplinar

Assinatura / Carimbo Profissional
Dr. Paulo Suhail Youssef
Medico
CRM-SP 252523

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade: Helio

Data: / /

Data: 24/02/26

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: / /

FAVOR AGUARDAR NOSSO CONTATO

LEMBRAR SEMPRE DE ATUALIZAR OS
NUMEROS DE TELEFONES

Nº SIS: _____ P1 () P2 () P3 ()
ESP/EXAME: _____
PROFISSIONAL: _____
ENTREGUE DIA: 19/05/25
UBS LARANJEIRAS

de
BA

GUIA DE REFERÊNCIA



Rodrigo
ro Santos, 220
Tel.: 3223.3256

Especialidade: TEA *diagnóstico* Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado: _____ P1 ()
P2 ()
P3 ()

Data: 22/4/25 Hora: _____

Nome do Paciente/Nome Social: Ana L. Mary Berg Dorne

Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença:

SIS: 109 9907

CROSS:

Quadro Clínico: Dificuldade de interação e comunicação verbal.

Compreensão verbal e escrita

Dificuldade com organização motora

Sintomas associados

Hipótese de Diagnóstico: TEA

CID: F84

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento: Acompanhamento com psicólogo, fono, T.O.

Assinatura / Carimbo do Profissional

Dr. Matheus A. Walter Marcello

Psiquiatria

CRM: 184941

NC: 702182445705375

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Data: / /

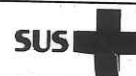
Data: / /

Secretaria da
Saúde



Prefeitura de
SOROCABA

GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço: *da Psic*

Para:

Especialidade: *psic*

Nome do Paciente: _____

Nº do Prontuário: _____

Diagnóstico/Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo