

PREFERENCIAL SIS-561266

Secretaria da Saúde	 Prefeitura de SOROCABA	GUIA DE REFERÊNCIA	SUS 
---------------------	---	---------------------------	--

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

POLICLÍNICA MUNICIPAL
"Dr. Edward Maluf"
Tel.: 3219 - 2200

Especialidade: Ambulatório de distúrbios do movimento	Prioridade: PO ()
Endereço do local agendado:	P1 () P2 () P3 ()
Data: 13/04/2026	Hora: 15:00

Nome do Paciente/Nome Social: **Ricardo Proença Bonarato** Data de Nascimento: **1/1/20**

Tempo da Doença: **Paciente q uso de frotop** SIS: CROSS:

Quadro Clínico: **desde 2017 -> 41 anos de idade / Hoje 49 anos / uso de frotop 200/50 4x ao dia -> No início foi intensificado -> frotop essencial q ele não consegue ficar e medicado q frotop e de 1/2 1/2 1/2 1/2 -> melhora -> No estado 2017 apresenta v. a. que qv. clonazepam semis extra para v. a. -> frotop e de 1/2 1/2 1/2 1/2 -> L-Dopa notadamente sem dose até 2021. Sem vida laborativa q qv. a. -> melhora importante. Hoje qv. a. -> melhora importante. Hoje qv. a. -> melhora importante.**

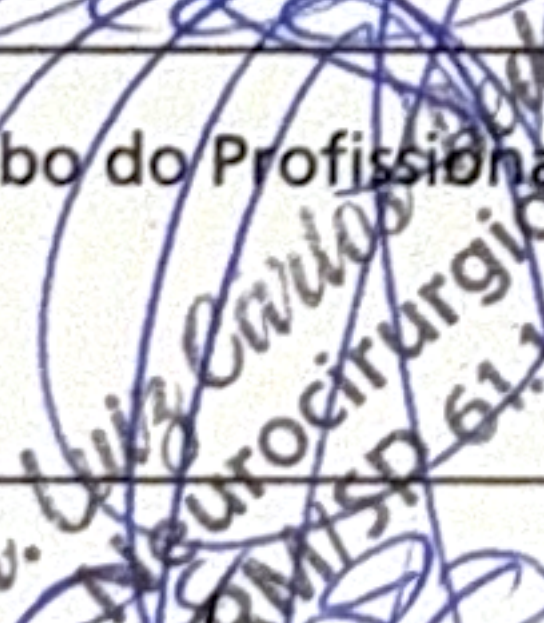
Hipótese de Diagnóstico: **incaminhado deste ambulatório CID:**

Exames Solicitados: **em 2021 não referida ambulatório e até então não foi chamado**

Medicação Indicada: **L-Dopa 200/50 1/2 1/2 1/2 1/2 + frotop 1/2 1/2 1/2 1/2**

Evolução do Paciente: **boa evolução e diminuição de frotop laborativo**

Motivo do Encaminhamento: **avaliação e controle**

Assinatura / Carimbo do Profissional:  **Dr. Luiz Carlos de Almeida**
CRMSP 61.157

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:

Data: **13/04/2026**

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: **1/1/**