

|                                                                                                                                                        |                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secretaria da Saúde                                                                                                                                    |  <b>Prefeitura de SOROCABA</b> | <b>GUIA DE REFERÊNCIA</b>                                         |                                           |
| <b>CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE</b><br>ADES - Agência de Desenvolvimento Econômico Social<br>CNPJ: 09.515.344/0001-08<br>PA 587712024 Saúde Ativa II |                                                                                                                 | <b>Clinica Saúde da Família</b><br>09.045.117/0001-66<br>48100021 | Especialidade: <u>cto. mãe</u><br>Endereço do local agendado:<br>Data: _____ Hora: _____<br>Prioridade: PO<br>P1<br>P2<br>P3 |
| Nome do Paciente: <u>Marcos de Freitas Almeida</u>                                                                                                     |                                                                                                                 | SIS: _____                                                        | CROSS: _____                                                                                                                 |
| Tempo da Doença: _____                                                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                              |
| Quadro Clínico: <u>der e froumizamento persistente nas mãos com placa pruriginosa</u>                                                                  |                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                              |
| Hipótese de Diagnóstico: <u>Sol. larval do corpo</u>                                                                                                   |                                                                                                                 | CID: <u>G86.00</u>                                                |                                                                                                                              |
| Exames Solicitados: <u>ev mto</u>                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                              |
| Medicação Indicada: _____                                                                                                                              |                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                              |
| Evolução do Paciente: _____                                                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                              |
| Motivo do Encaminhamento: <u>avaliação e seguimento</u>                                                                                                |                                                                                                                 |                                                                   |                                                                                                                              |
| Assinatura / Carimbo do Profissional                                                                                                                   |                                                                                                                 | Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade:                      |                                                                                                                              |
| Data: <u>06/12/25</u><br>Dr. Gustavo Bianco Azeredo<br>Médico<br>CRM 169.620                                                                           |                                                                                                                 | Data: ____/____/____                                              |                                                                                                                              |

|                                 |                                                                                                                   |                               |                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Secretaria da Saúde             |  <b>Prefeitura de SOROCABA</b> | <b>GUIA CONTRARREFERÊNCIA</b> |  |
| Do serviço:                     |                                                                                                                   | Para: _____                   |                                                                                       |
| Especialidade:                  |                                                                                                                   | Nº do Prontuário: _____       |                                                                                       |
| Nome do Paciente:               |                                                                                                                   |                               |                                                                                       |
| Diagnóstico/Tratamento:         |                                                                                                                   |                               |                                                                                       |
| Orientação à Unidade de Origem: |                                                                                                                   |                               |                                                                                       |
| * Retorno em: _____             |                                                                                                                   | Assinatura / Carimbo _____    |                                                                                       |
|                                 |                                                                                                                   | Data: ____/____/____          |                                                                                       |