

ORIGINAL
Deixou COPIA NO DIA 20/12/26



Prefeitura de
SOROCABA

Secretaria da
Saúde

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE:

Especialidade: <u>SER</u>	Prioridade: PO ()
Endereço do local agendado:	P1 () P2 () P3 ()
Data:	Hora:

Nome do Paciente / Nome Social: Maria Claudia de Campos Data de Nascimento: / /

Tempo da Doença: SIS: CROSS:

Quadro Clínico: Paciente com diag. HAS e DM insulina dependente com
histórico de AVC isquêmico em 2022. Dequeia de paresia
de MID, necessita de acompanhamento fisioterápico de
reabilitação

Hipótese de Diagnóstico: CID:

Exames Solicitados: TC Crânio 01/11/21: Leucomiomas degenerativos
Redução vol. encefálica sem pred. labor.

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Assinatura / Carimbo do Profissional

Dr. João Otávio Lima
Médico
CRM-SP 279986

Assinatura / Carimbo do Coordenador da Unidade:

Data: 20/12/26

Data: / /



Prefeitura de
SOROCABA

Secretaria da
Saúde

GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço: Para:

Especialidade:

Nome do Paciente: Nº do Prontuário:

Diagnóstico / Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

* Retorno em:

Assinatura / Carimbo

Data: / /