



PREFEITURA DE SOROCABA
Secretaria da Saúde
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia - SADT
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE ULTRA-SOM

Carimbo da unidade solicitante e CNES

UBS LOPES DE OLIVEIRA
Rua Riusaku Kanizawa, 795
CNES 2059487 / CEP 18071-270
Tel. (15) 3223-2228 / 3231-460

Cartão SUS do paciente (CNES):

Nome do Paciente / Nome Social:

Cross:

Data Nascimento

Sexo

☐ M ☐ F

☐ I

Raça/cor:

☐ branca

☐ parda

☐ indígena

☐ preta

☐ amarela

☐ sem inf.

Município de residência do paciente:

SIS

Exame de ultra-som:

Código:

1- Anamnese e duração dos sintomas

2- Exame físico:

3. Hipótese diagnóstica:

4- Em caso de urgência, justificar:

Prioridade:

5- Subsídios adicionais que espera obter para elucidação diagnóstica e/ou orientação na conduta terapêutica:

Dra Luana B Passos
Médica
CRM 223504

Carimbo e assinatura do profissional solicitante:

Data da solicitação

CID

Carimbo e assinatura do profissional autorizante:

Data da autorização

Setor (Regulação, DAB, Gabinete, etc)

Carimbo da Unidade executante e CNES:

Carimbo da Unidade executante e CNES

Data da realização do USG:

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

Urgência Eletivo

Assinatura do Paciente:



PREFEITURA DE SOROCABA
Secretaria da Saúde
Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia - SADT
REQUISIÇÃO DE EXAMES DE ULTRA-SOM

Carimbo da unidade solicitante e CNES
UBS LOPES DE OLIVEIRA
Rua Riusaku Kanizawa, 795
CNES 2059487 / CEP 18071-270
Tel. (15) 3223-2228 / 3231-460

Cartão SUS do paciente (CNES):

Nome do Paciente / Nome Social:

Cross:

Data Nascimento

Sexo

☐ M ☐ F
☐ I

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena
☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

Município de residência do paciente:

SIS

Exame de ultra-som:

Código:

USG de mamas bilateral

1- Anamnese e duração dos sintomas

2- Exame físico:

3. Hipótese diagnóstica:

4- Em caso de urgência, justificar:

Prioridade:

5- Subsídios adicionais que espera obter para elucidação diagnóstica e/ou orientação na conduta terapêutica:

Carimbo e assinatura do profissional solicitante:

Data da solicitação

CID

Dra Luana B Passos
Médica
CRM 223504

Carimbo e assinatura do profissional autorizante:

Data da autorização

Setor (Regulação, DAB, Gabinete, etc)

Carimbo da Unidade executante e CNES:

Carimbo da Unidade executante e CNES

Data da realização do USG:

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

Urgência Eletivo

Assinatura do Paciente:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE SERVIÇO

PACIENTE

Nº da Solicitação: 2727368

Data da Solicitação: 19/11/2024

Nome: 1160592 - Regiane Vilimas Souza

Data de Nascimento: 16/03/1975

CPF: 18041598838

CNS: 702606765625246

Nome da Mãe: Maria Neusa de Araujo Vilimas

Telefone para contato: 1149017017 | 1598181518

Endereço: 18071288 RUA ALFREDO BENEDITO DA ROSA, 186 - LOPES DE OLIVEIRA - SOROCABA - SAO PA

Unidade Solicitante: USF LOPES DE OLIVEIRA

Unidade Referência: USF LOPES DE OLIVEIRA

SOLICITAÇÃO

CBO Solicitado: 225136 Médico reumatologista

Procedimento: 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Motivo da Solicitação:

Justificativa:

REUMATOLOGISTA

SIRESP: 35648496

CID: M797 / M518 / M77

HD: FIBROMIALGIA

PACIENTE COM QUADRO DE DOR GENERALIZADA, FADIGA INTENSA, FORMIGAMENTO NAS MAOS E PES, DIFICULDADE COGNITIVA E ANSIEDADE. EM USO DE PREGABALINA

ENCAMINHADO POR DR: JANEFFER

UBS

Sorocaba, 19/11/2024

DR.(A) PROFISSIONAL NÃO INFORMADO

Médico reumatologista

COREN 2222

USF LOPES DE OLIVEIRA

1848 Fila

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE SERVIÇO

PACIENTE

Nº da Solicitação: 4508760

Data da Solicitação: 11/02/2026

Nome: 1160592 - Regiane Vilimas Souza
Data de Nascimento: 16/03/1975 CPF: 18041598838 CNS: 702606765625246
Nome da Mãe: Maria Neusa de Araujo Vilimas
Telefone para contato: 1149017017 | 15981815518
Endereço: 18071288 RUA ALFREDO BENEDITO DA ROSA, 186 - LOPES DE OLIVEIRA - SOROCABA - SAO PA
Unidade Solicitante: USF LOPES DE OLIVEIRA
Unidade Referência: USF LOPES DE OLIVEIRA

SOLICITAÇÃO

CBO Solicitado: 225160 Médico fisiatra
Procedimento: 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Motivo da Solicitação: PRIMEIRA AVALIAÇÃO

Justificativa:

SOLICITO 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

PACIENTE COM FIBROMIALGIA . CID: M797, G56,0, M17, M25,5, M51,8, M77,0
US DE OMBRO DIREITO E ESQUERDO (13-06-
25): TENDINOPATIA DE SUPRA ESPINHAL + BURSOPATIA DE SUBACROMIODELTOIDEIA.
USG DE PUNHO DIREITO (23-05-
25): TENDINOPATIA DE QUERVAIN, CISTO SINOVIAL NA FACE DORSAL, NERVO MEDIANO ESPESSADO.
USG ANTEBRAÇO DIREITO (23-05-
25): EPICONDILITE BILATERAL, TENDINOPATIA DA INSERÇÃO DO TRÍCEPS BRAQUIAL.
RNM DE JOELHO DIREITO E ESQUERDO (10-06-
25): DEGENERAÇÃO DE MENISCO MEDIAL, CONDROPATIA PATELAR GRAU IV E TROCLEAR GRAU II, TENDINOPATIA E SOBRECARGA DO MECANISMO EXTENSOR, PERITENDINITE ANSERINA , PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO INTRA ARTICULAR.
RNM DE MÃO DIREITA B(10-06-25): : TENOSSINOVITE DOS FLEXORES DE II E III QUIRODÁCTILOS.
RNM COLUNA LOMBO SACRA (02-01-25): EDEMA DE LIGAMENTO INTERESPINHOSO L5-S1, PROTRUSÃO DISCAL POSTERIOR DE LARGA L5-S1 , ESTREITAMENTO NEUROFORAMINAL L5 - S1.

Sorocaba, 11/02/2026

DR.(A) YAMILET MARTINEZ FELIPE
Médico da estratégia de saúde da família
CRM 188293
USF LOPES DE OLIVEIRA

Yamilet Martinez Felipe
Médica
CPM 188293-SP

Solicitação criada por SMS3610

*in na Unip
dieta
fisiatras
por la.*