

10/09/24

Secretaria da
SaúdePrefeitura de
SOROCABA**GUIA DE REFERÊNCIA**

SUS



Endereço da Unidade Solicitante: Clínica Dr. Edward M.
Av. Roberto Simonsen
Fone (15) 3219-2200
CNES 2708760

Especialidade: *Ortopedia* Prioridade: PO ()Endereço do local agendado: *101000000* P1 ()
P2 ()
P3 ()

Data: _____ Hora: _____

Nome do Paciente/Nome Social: *DA. M. M. M.* Data de Nascimento: ____/____/____Tempo da Doença: _____ SIS: _____ CROSS: *9193843*Quadro Clínico: *2 - 7 - 30 - 30*Hipótese de Diagnóstico: *Artropatia do Manguito* CID: *M75.4*

Exames Solicitados: _____

Medicação Indicada: _____

Evolução do Paciente: *Protese Reversa Ombro*Motivo do Encaminhamento: *Protese Reversa Ombro*Assinatura / Carimbo do Profissional *Dr Semaan Camis Neto*
Ortopedia
CRM/SP. 72452

Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade: _____

Data: *10/09/24* _____Secretaria da
SaúdePrefeitura 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: ____/____/____



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Carimbo da unidade solicitante e CNES

USF Cajuru
Avenida Paraná, 3.719
Tel.: 3333-2525
CNES 2049287

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Elia Fernandes Morelato

Data Nascimento

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS:

CROSS: *919 3843*

Sexo

M ☐ F ☒ I ☐

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

Suspeita Clínica/CID

Comprometo no 14

Descrição do (s) exame (s)/Código (s):

Colonoscopia Ruptura

Data da realização:

Data do atendimento:

27/09/14

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

DR. MORENNO T. BEZERRA
CRM 232729

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☒ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente: