



Câmara Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo

REQUERIMENTO

DESPACHO

APROVADO

Ribeirão Preto, 07 AGO. 2018

Presidente

Nº 004174

EMENTA:

SOLICITA INFORMAÇÕES DA SECRETARIA DA SAÚDE,
CONFORME ESPECIFICA

SENHOR PRESIDENTE

CONSIDERANDO, que a senhora Cíntia Miguel Neves, moradora na Rua São José, n. 192, centro, nesta cidade de Ribeirão Preto/SP, nos procurou solicitando informações sobre o encaminhamento do seu pai, senhor Aparecido Iadocico Neves portador do Hygia n. 10368637, para atendimento especializado com Neurologista, por ter sofrido um grave AVC no mês de março (documentos anexos), necessitando de acompanhamento especializado que não vem ocorrendo;

ISTO POSTO

REQUEREMOS que, após ouvido o douto plenário, seja oficiada a Prefeitura Municipal para que nos informe quando este senhor será atendido de forma eficiente e rápida pela Secretaria Municipal da Saúde.

Sala das sessões, 07 de agosto de 2018.

DR. JORGE PARADA
Vereador

EXPEDIENTE:

ATO Nº

OF. Nº

DATA / /

FUNCIONÁRIO



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Secretaria da Saúde
Sistema Único de Saúde - SUS



GUIA DE REFERÊNCIA - P.A.

UBDS CENTRAL
Av. Jerônimo Gonçalves, n.º 466
ORIGEM:

Nº 480170 A

*CADASTRO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E FONE

Município: _____ Especialidade Solicitada: Neurologia
Clínico

DIR: _____

I - Identificação do Paciente

Nome: Spencerio Sodomo Bery Código do Município: 10368637
Endereço: _____ Município: _____ Hygia nº: 800113
Data de Nasc.: 15/12/47 Idade: _____ Sexo: _____ Ocupação: _____
Nome da Mãe: _____
Nome do Responsável: _____

II - Justificação da Referência

• História Progressa e Quadro Clínico Bem-estar AVE há 3 meses, movendo em Curitiba, no
Urgência hospitalar em São Paulo, há mais em RP. há 1 semana para
confirmação mental. Sem novos sequelas.
• Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica AVE
• Exames Realizados - Data e Resultados Exame lab + urina + X torax normal
• Conduta Terapêutica Omeprazol

III - Motivo do Encaminhamento

Diagnóstico Confirmação Diagnóstica Tratamento
 Seguimento Outra Especialidade Internação
 Outros (Especificar) _____

IV - Nome do Médico Solicitante

Assinatura: _____ Data: 30/05/18
Márcio Cesar Toti
Medicina e Traumatologia CRM: 140.424

V - Agendamento para

Unidade: _____ Especialidade: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Fone: _____
Município: _____ Data: / / Horário: _____
Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento _____ Data do Preenchimento / /
Balcão: _____ Nº _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRAVINHOS CNPJ 45.228.319/0001-07

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



GUIA DE REFERÊNCIA

CARIMBO DA UNIDADE DE SAÚDE COM CNES: _____

ENDEREÇO DA UNIDADE: _____

UBS JC AJONA FILI
Pedro Amoroso, 2278 Tel (16) 3951-5042
CEP: 14140-000 CRAVINHOS SP
TELEFONE: (016) _____

ESPECIALIDADE SOLICITADA: Fonoaudiologia CID: 164

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Aparecida Adacice Neves

DATA DE NASCIMENTO (DE ACORDO COM A IDENTIDADE): 15/12/47 IDADE: 70

SEXO: M RAÇA/COR: B CARTÃO SUS: 7040083 64895269

NOME DA MÃE: Rosa Idocice Neves

ENDEREÇO: Francisco Silveiro Joazeiro, 205 BAIRRO: Jd. Souto

TELEFONE: (16) 991821294 CELULAR: (16) 991270288

II - DADOS CLINICOS

PA: _____ FC: _____ GLASGOW: _____

EXAME FÍSICO: _____

III - JUSTIFICAÇÃO DA REFERÊNCIA

HISTÓRIA PREGRESSA E QUADRO CLÍNICO: Distúrbio de fala e
linguagem secundário

DATA DOS EXAMES REALIZADOS: _____

CONDUTA TERAPÊUTICA: A VC

DIAGNÓSTICO OU HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

IV - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE

NOME DO MÉDICO: _____

ASSINATURA: _____

Dr. Vinícius P. S. José
Neurologista

CRM: 135412

CNS: 89800003369/753

Estágios em UNICAMP
Cleveland Clinic e Butler Hospita

CRM: 114118

DATA: 11/4/18

Ambulatório de Saúde Mental
3951.7722

Nº Liagem

Nome Aparecido

Área Fonoaudiologia

Data 19.04.18

Horário 14:00hs

Profissional Fernanda

RG | CPF | Cartão Sus