



Em 17 de julho de 2014.

Ao
Excelentíssimo Senhor
JOÃO FARIAS
Presidente da Câmara Municipal
Rua São Bento, 887
ARARAQUARA/SP

Excelentíssimo Senhor Presidente:

Com os nossos respeitosos cumprimentos, em atenção ao **Requerimento nº 411/14**, de autoria da Vereadora **GABRIELA PALOMBO**, encaminhamos a esse Legislativo, a inclusa documentação fornecida pela Coordenadoria Executiva de Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde.

Na oportunidade, renovamos os protestos de
nossa estima e consideração.

Atenciosamente,


MARCELO FORTES BARBIERI
Prefeito Municipal

RB. (G. 37.030/14)



GOVERNO POPULAR DE
ARARAQUARA
DESENVOLVIMENTO E HUMANIZAÇÃO
PARA TODOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AV. BARROSO, 244 - 1º ANDAR CEP 14801-160 - TEL/FAX (016) 33011700 EMAIL:

GABINETESAUDE@ARARAQUARA.SP.GOV.BR

Araraquara, 11 de Julho de 2014.

OF.SMS. Nº. 0320/2014

Referência nº 0411/14

Autora: GABRIELA PALOMBO

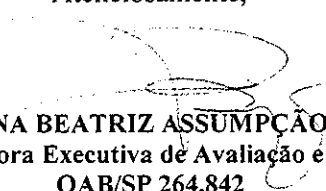
Aprovado em: Sessão ordinária de 10 de Junho de 2014

Ilustríssimo Senhor Secretário,

Aproveitando a oportunidade para cumprimentá-lo, em atenção ao Ofício em epígrafe, referente à entrega de equipamentos de locomoção e órteses pelos Serviço de Atenção em Reabilitação de Araraquara e o erro das informações contidas nas Cartas-Sus, segue ofício-resposta do Gerente de Reabilitação, Luiz Armando Garlippe, bem como anexos os documentos solicitados.

Sendo o que tínhamos para o momento, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,


ANA BEATRIZ ASSUMPÇÃO
Coordenadora Executiva de Avaliação e Controle
OAB/SP 264.842
Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara/SP

Ilmo. Senhor
ORLANDO MENGATTI FILHO
Secretário Municipal de Governo
Araraquara



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE REABILITAÇÃO



Araraquara, 08 de julho de 2.014.

OFÍCIO – G. R. nº. 117/2.014

Ao
Ilustríssimo Senhor
Alvaro Martim Guedes
Secretário Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Araraquara – SP

REFERÊNCIA

Requerimento nº. 0411/14
Autor: Vereadora Gabriela Palombo
Aprovado em: Sessão ordinária de 10 de junho de 2014

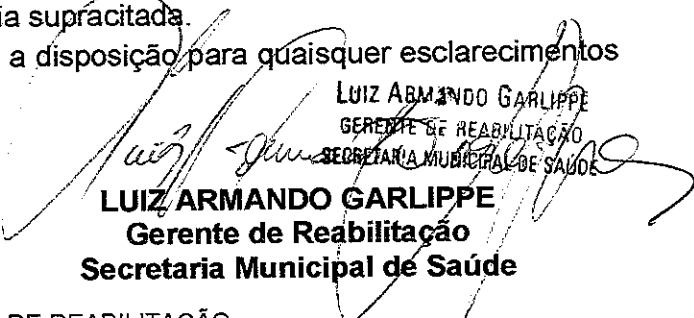
Prezado Senhor:

Considerando a solicitação constante do Requerimento supracitado, encaminhamos as cópias das APACs (Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade) emitidas pelo SARA (Serviço de Atenção em Reabilitação de Araraquara) no ano de 2013, bem como os termos de recebimento assinados pelo paciente ou responsável. Também anexos, encontram-se os custos e descrições dos equipamentos ortopédicos objetos das APACs conforme a Portaria 1.272 de 25 de junho de 2013 (anexo), que inclui estes procedimentos pelo Ministério da Saúde, conforme solicitado no Requerimento.

Os equipamentos que estão em trâmite de entrega, confecção, ajustes ou adaptações, obviamente ainda não constam os termos de recebimento assinados pelo paciente ou responsável. Assim, comprometemo-nos a encaminhá-los assim que a entrega definitiva ocorra (prazo até julho de 2014).

As APACs assinaladas como troca, são de pacientes que por ventura vieram a óbito ou desistiram do equipamento. Portanto, entregamos aos pacientes que também tinham a mesma necessidade, mas obtiveram a prescrição após o período de 2013 (prazo determinado pelo Ministério da Saúde para informá-lo dos materiais prescritos, conforme a Portaria supracitada).

Sem mais, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.


LUIZ ARMANDO GARLIPPE
GERENTE DE REABILITAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LUIZ ARMANDO GARLIPPE
Gerente de Reabilitação
Secretaria Municipal de Saúde

GERÊNCIA DE REABILITAÇÃO
Rua Padre Duarte, 1845 – Centro – Araraquara-SP CEP 14-801-310
Telefone: 16-3331-6491 - gerenciadereab@araraquara.sp.gov.br



PORTARIA Nº 1.272, DE 25 DE JUNHO DE 2013

Inclui Procedimentos de Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeira de Rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite;

Considerando a Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 321/GM/MS, de 6 de fevereiro de 2007, que institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.848/GM/MS, de 6 de novembro de 2007, que publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS;

Considerando a Portaria nº 17/SCIE/MS, de 7 de maio de 2013, que torna pública a decisão de incorporar a cadeira de rodas motorizada na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais não relacionados ao ato cirúrgico do SUS;

Considerando a Portaria nº 18/SCIE/MS, de 7 de maio de 2013, que torna pública a decisão de incorporar a cadeira de rodas tipo monobloco e de cadeira de rodas (acima de 90kg) na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais não relacionados ao ato cirúrgico do SUS;

Considerando a Portaria nº 19/SCIE/MS, de 7 de maio de 2013, que torna pública a decisão de incorporar a adaptação postural em cadeiras de rodas na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais não relacionados ao ato cirúrgico do SUS;

Considerando a Portaria nº 20/SCIE/MS, de 7 de maio de 2013, que torna pública a decisão de incorporar a cadeira de rodas para banho em concha infantil, cadeira de rodas para banho com encosto reclinável e cadeira de rodas para banho com ar de propulsão na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais não relacionados ao ato cirúrgico do SUS; e

Considerando a necessidade constante de atualização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, resolve:

Art. 1º Fica incluído na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS os Procedimentos relacionados no Anexo I a esta Portaria.

§ 1º A prescrição e dispensação dos procedimentos acima deverão ser feitas por profissionais capacitados, ficando condicionadas ao preenchimento e emissão de laudo com justificativa conforme normas para prescrição estabelecidas no Anexo II a esta Portaria, e à autorização prévia pelo gestor do Distrito Federal, Estadual ou Municipal, o qual também deverá considerar a justificativa apresentada na prescrição.

§ 2º Os recursos para financiamento dos procedimentos de que trata o "caput" deste artigo permanecerão por um período de 6 (seis) meses, sendo efetivados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para formação de série histórica necessária à sua incorporação ao Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) do Distrito Federal, Estados e Municípios.

Art. 2º Fica definido que caberá à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS), a adoção das providências necessárias no sentido de adequar o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS implantando, as alterações definidas por esta Portaria.

Art. 3º Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 PO 0006 - Viver sem Limite.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos operacionais a partir da competência seguinte à sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Procedimento: 07.01.01.020-7	CADEIRA DE RODAS MONOBLOCO
Descrição:	Cadeira de rodas confeccionada sob medida, em tubos de alumínio, cromado ou com pintura eletrolítica, dobrável em L, braços removíveis ou escamoteáveis, podendo não ter apoio de braços, eixo de remoção rápida nas quatro rodas, encosto e assento com estofamento 100% nylon ou couro sintético resistente, com almofada de assento em espuma de alta densidade e 5 cm de espessura, forrada com mesmo tecido e velcro para fixação, com ou sem faixa torácica (5 - 7 cm), com ou sem cinto pélvico, com ou sem faixa para panturrilha, protetor lateral de roupa rebatível com aba ou tipo paralamas, rodas traseiras de 24" com sobre ar de propulsão com ou sem pinos, pneus macios ou infláveis, freio bilateral, rodas dianteiras removíveis de 3" ou 6" com pneus macios ou infláveis com rolamentos blindados nos eixos; com ou sem rodas anti-rombo. Apoio para pés ergonômico rebatível ou fixo, com altura e ângulo de inclinação ajustável. Caminhagem opcional. As dimensões da cadeira serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 900,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 900,00
Atributo Complementar:	09 - Exige Cartão Nacional de Saúde (CNS)
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	16 Anos
Idade Máxima:	30 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B91, C412, C72, C729, C765, C80, G041, G09, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G919, G951, G959, G959, G969, Q053, Q056, Q057, Q058, Q059, Z894, Z895, Z896, Z897, Z899
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Órteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

Procedimento: 07.01.01.021-5	CADEIRA DE RODAS (ACIMA 90KG)
Descrição:	Cadeira de rodas confeccionada sob medida, em tubos de alumínio, liga metálica ou aço, cromado ou pintura eletrolítica, dobrável em X ou monobloco, apoio para braços removíveis ou escamoteáveis. Eixo de remoção rápida nas grandes rodas, encosto e assento com estofamento 100% nylon ou couro sintético resistente, com almofada de assento em espuma de alta densidade e 5 cm de espessura, forrada com mesmo tecido e velcro para fixação, com ou sem faixa torácica (5 - 7 cm), com ou sem cinto pélvico, com ou sem faixa para panturrilha, protetor lateral de roupa, rodas traseiras de 24" com sobre ar de propulsão, podendo não ter pinos, pneus macios ou infláveis, freio bilateral, rodas dianteiras de 6" ou 8" com pneus macios ou infláveis com rolamentos blindados nos eixos, apoio para pés rebatíveis ou removíveis, apoio para pés eleváveis opcional. Larguras padrão: 50 cm e 60 cm. Tolerância de peso: a depender do fabricante: de 120kg e 160kg. As dimensões da cadeira serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 1.649,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 1.649,00
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	20 Anos
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, B91, C412, C72, C729, C765, C80, F03, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G20, G211, G212, G213, G218, G219, G258, G309, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G919, G959, G969, I516, I694, I699, I809, M139, M159, M169, M179, M199, M869, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q999, S720, S780, S781, S789, S880, S881, S889, S984, T12, T905, T953, Z894, Z895, Z896, Z897, Z899
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Órteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

Procedimento: 07.01.01.022-3	CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA ADULTO OU INFANTIL
Descrição:	Cadeira de rodas motorizada sob medida com chassis em alumínio ou duramínio tubular sem solda, dobrável em "x" com articulações, conexões injetadas em alumínio, contêiner de baterias; rodas traseiras de 12" e dianteiras 8" com aros em nylon, ambas com pneus em PU sem câmara na cor cinza; rodas de apoio 35 x 17 mm maciças; eixos com rolamento blindados; motorização com dois motores elétricos de corrente contínua e ímã permanente de 200 W cada, com sistema de transmissão engrenada, com torque para transportar um usuário de até 130 kg. Drive micro processado de 50A que permite aceleração e desaceleração linear e velocidade de 0 a 6 km/h, instalado no lado direito



Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 4.999,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 4.999,00
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	12 Anos
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B91, E84, G112, G118, G120, G121, G122, G128, G129, G35, G379, G629, G710, G712, G729, G800, G802, G803, G804, G810, G811, G819, G823, G824, G825, I694, Q055, Q743, Q780
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

Procedimento: 07.01.01.023-1	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO EM CONCHA INFANTIL
Descrição:	Cadeira de rodas para banho infantil em concha em polietileno com abertura e mangueira para saída de água, com suporte em alumínio, pintura epóxi, rodas giratórias e com trava, com ou sem apoio de cabeça. As dimensões da cadeira serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 739,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 739,00
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	4 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	C72, C79, C80, E849, F82, F842, F843, F849, G09, G111, G120, G121, G128, G129, G409, G71, G712, G719, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, I698, Q02, Q059, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q072, Q730, Q743, Q748, Q749, Q780, Q999
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

Procedimento: 07.01.01.024-0	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ENCOSTO RECLINÁVEL
Descrição:	Cadeira de rodas para banho com assento sanitário, com apoio de cabeça ajustável, cinto removível, cinto para pernas (fixa para panturrilhas) e tronco removíveis, encosto reclinável revestido com tela de poliéster; base com rodas com trava. As dimensões da cadeira serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 1.139,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 1.139,00
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, C72, C80, E849, F03, F82, F842, F849, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G118, G119, G120, G121, G122, G128, G129, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G959, G969, I694, I698, Q02, Q059, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q079, Q743, Q748, Q749, Q780, Q999
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

Procedimento: 07.01.01.025-8	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ARO DE PROPULSAO
Descrição:	Cadeira de rodas para banho com assento sanitário, confeccionada em alumínio, pintura epóxi, desmontável, com estrutura a permitir o encaixe sobre vaso sanitário convencional. Braços escamoteáveis ou removíveis. Encosto padrão, rodas traseiras de 20" ou 24" com aro de propulsão, pneus infláveis ou maciços, e rodas dianteiras tríplices de 6". Apoio para pés removíveis ou rebatíveis. As dimensões da cadeira serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 450,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 450,00
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	05 Anos
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B91, C412, C72, C79, C765, C80, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G379, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G959, G969, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, S780, S781, S789, S880, S881, S889, S984, T12, T905, T953, Z894, Z895, Z896, Z897, Z899
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção



Procedimento: 07.01.01.026-6	ADAPTAÇÃO DE ASSENTO PARA DEFORMIDADES DE QUADRIL
Descrição:	Almofada confeccionada sob medida em espuma de poliuretano acrescida de camada de espuma de densidade variável, podendo ou não apresentar cavalo abdutor, podendo ou não ser confeccionada sobre base. A parte anterior pode ser mais alta que a parte posterior com o objetivo de reduzir o tônus extensor, com melhor posicionamento do quadril. Formada com tecido automotivo. Deve ser removível, para permitir o fechamento da cadeira. Favorece posicionamento correto e melhor distribuição de pressão, devendo prevenir deformidades e úlceras de pressão ou acomodar, através de compensações, as deformidades já existentes. As dimensões serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 136,34
Valor Ambulatorial Total:	RS 136,34
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	9 Meses
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, B91, C412, C72, C729, C765, C80, F03, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G20, G211, G212, G213, G218, G219, G258, G309, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G919, G959, G969, I516, I694, I698, I809, M139, M159, M169, M179, M199, M819, M869, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q999, S720, S780, S781, S789, S880, S881, S889, S984, T12, T905, T953, Z894, Z895, Z896, Z897, Z899.
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação; 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

Procedimento: 07.01.01.027-4	ADAPTAÇÃO DE ENCOSTO PARA DEFORMIDADES DE TRONCO
Descrição:	Almofada confeccionada sob medida em espuma de poliuretano acrescida de espuma de diferentes densidades, podendo ou não ser confeccionada sobre base rígida. Utilizada para prevenção e/ou acomodação de deformidades. As dimensões serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 132,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 132,00
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, B91, C412, C72, C729, C765, C80, F03, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G20, G211, G212, G213, G218, G219, G258, G309, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G919, G959, G969, I516, I694, I698, I809, M139, M159, M169, M179, M199, M819, M869, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q999, S720, S780, S781, S789, S880, S881, S889, S984, T12, T905, T953, Z894, Z895, Z896, Z897, Z899.
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação; 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

Procedimento: 07.01.01.028-2	ADAPTAÇÃO DO APOIO DE PÉS DA CADEIRA DE RODAS
Descrição:	Confeccionada sob medida em madeira, propileno ou metal, regulável em altura podendo ser em folha única ou dupla, fixo ou removível, rebatível, elevável (articulado); revestido ou não de tecido automotivo, acolchoado ou não. Pode ter ainda faixa confeccionada sob medida em material antialérgico de alta resistência, com fechamento em velcro, largura de 5 a 7 cm que gressa aos apoios de pés, estabiliza membros inferiores, indicando para pacientes que não têm suas necessidades atendidas para modelo de apoio de pés original da cadeira de rodas. As dimensões serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 62,50
Valor Ambulatorial Total:	RS 62,50
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, B91, C412, C72, C729, C765, C80, F03, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G20, G211, G212, G213, G218, G219, G258, G309, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G919, G959, G969, I516, I694, I698, I809, M139, M159, M169, M179, M199, M819, M869, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q999, S720, S780, S781, S789, S880, S881, S889, S984, T12, T905, T953, Z894, Z895, Z896, Z897, Z899.
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação; 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

Procedimento: 07.01.01.029-0	APOIOS LATERAIS DO TRONCO EM 3 OU 4 PONTOS
Descrição:	Apoio torácico lateral fixado ao encosto da cadeira de rodas através de peças com regulagens de altura e largura, revestido de espuma de poliuretano ou de diferentes densidades e forrado de tecido automotivo. Acessório individualizado, conforme tamanho do paciente e tipo de deformidade apresentada. Utilizado para prevenir e/ou acomodar deformidades de tronco. Devem ser removíveis para facilitar a transferência do paciente. Pode possuir ainda, cinto com duas alças passando pelos ombros e duas presas no assento da cadeira, confeccionados em material sintético de alta resistência, com fechamento em velcro, mosquetão, botão de pressão ou fivela tipo aviação, podendo ser acolchoado ou não, para posicionar adequadamente o paciente em sedestação podendo ser do tipo camiseta, quatro pontos ou torácico. Indicado quando há déficit de equilíbrio de tronco ou postura crônica. Indicado para segurança do paciente e posicionamento do tronco. As dimensões serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 90,50
Valor Ambulatorial Total:	RS 90,50
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses



Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	Até 3 unidades
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, C72, C729, C80, E849, F03, F82, F842, F849, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G118, G119, G120, G121, G122, G128, G129, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G719, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G859, G969, I694, I698, Q02, Q039, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q079, Q730, Q743, Q748, Q749, Q780, Q999
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção
Procedimento: 07.01.01.030-4	APÓIOS LATERAIS DE QUADRIL PARA CADEIRA DE RODAS
Descrição:	Apoio lateral revestido de espuma de poliuretano ou de diferentes densidades e forrado de tecido automotivo. Posiciona os membros inferiores em posição neutra, inibindo abdução excessiva e rotação externa. Pode ser fixado ao assento da cadeira de rodas através de peças com regulagens de largura e profundidade, ou removíveis para facilitar a transferência do paciente. Pode possuir ainda, cinto pélvico ou em "Y", com apoio na região do quadril, confeccionados em material sintético de alta resistência, com fechamento em velcro, mosquetão, botão de pressão ou fivela tipo aviador, podendo ser acolchoado ou não, fixado no encontro entre assento e encosto em ângulo de 45° para posicionar adequadamente o paciente em sedestação. As dimensões serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 90,50
Valor Ambulatorial Total:	RS 90,50
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, C72, C729, C80, E849, F03, F82, F842, F849, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G118, G119, G120, G121, G122, G128, G129, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G719, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G859, G969, I694, I698, Q02, Q039, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q079, Q730, Q743, Q748, Q749, Q780, Q999
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção
Procedimento: 07.01.01.031-2	APOIO PARA ESTABILIZAÇÃO DA CABEÇA NA CADEIRA DE RODAS
Descrição:	Apoio de cabeça com abas laterais em alumínio revestido de espuma de poliuretano, forrada de tecido automotivo, fixado no encosto da cadeira de rodas por meio de haste com 3 tipos de regulagem: profundidade, altura e inclinação. Também pode ser apenas de espuma de poliuretano fixado ao encosto com velcro, indicado para pacientes com déficit de controle cervical. As dimensões serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 82,80
Valor Ambulatorial Total:	RS 82,80
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, C72, C729, C80, E849, F03, F82, F842, F849, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G118, G119, G120, G121, G122, G128, G129, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G719, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G859, G969, I694, I698, Q02, Q039, Q049, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q079, Q730, Q743, Q748, Q749, Q780, Q999
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção
Procedimento: 07.01.01.032-0	ADAPTAÇÃO DO APOIO DE BRACOS DA CADEIRA DE RODAS
Descrição:	Confeccionada sob medida em madeira, termomoldável de alta temperatura ou metal, podendo ser fixo, escamoteável, rebatível ou removível, revestido ou não de tecido automotivo, acolchoado ou não. Contempla calhas de posicionamento do membro superior em cadeira de rodas. As dimensões serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 132,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 132,00
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270
CID:	B220, B91, C412, C72, C729, C765, C80, F03, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G230, G231, G212, G213, G218, G219, G258, G309, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G829, G859, G969, I516, I694, I698, I809, M139, M159, M169, M179, M199, M869, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q999, S720, S780, S781, S789, S880, S881, S889, S984, T12, T905, T953, Z894, Z895, Z896, Z897, Z899
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação: 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção
Procedimento: 07.01.01.033-9	ADAPTAÇÃO ABDUTOR TIPO CAVALO PARA CADEIRA DE RODAS
Descrição:	Adaptação sob medida confeccionada em espuma de alta densidade, ou quando necessitar de reforço, confeccionada de madeira e revestida de espuma, forrada por tecido automotivo para posicionar membros inferiores (inibir adução e rotação interna). Pode ser removível ou fixado no assento da cadeira de rodas. As dimensões serão fornecidas por meio de descrição por profissional de saúde habilitado.
Complexidade:	Média Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	06 - APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)
Subtipo de Financiamento:	0009 - Atendimento/acompanhamento em reabilitação física, mental, visual, auditiva e múltiplas deficiências
Valor Ambulatorial SA:	RS 57,00
Valor Ambulatorial Total:	RS 57,00
Atributo Complementar:	09 - Exige CNS
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Meses
Idade Máxima:	110 Anos
Quantidade Máxima:	1
CBO:	223605, 223905, 225112, 225160, 225270



CID:	B220, B91, C412, C72, C729, C765, C80, F03, G041, G09, G10, G11, G110, G111, G112, G113, G114, G118, G119, G12, G120, G121, G122, G128, G129, G20, G211, G212, G218, G218, G219, G258, G309, G311, G318, G319, G35, G379, G409, G600, G603, G608, G609, G610, G629, G700, G710, G712, G729, G800, G801, G802, G803, G804, G808, G809, G810, G811, G819, G820, G821, G822, G823, G824, G825, G919, G959, G969, I516, I694, I698, I802, M139, M159, M160, M179, M199, M819, M869, Q050, Q051, Q052, Q053, Q054, Q055, Q056, Q057, Q058, Q059, Q999, S720, S780, S781, S789, S880, S881, S889, S984, T12, T905, T953, Z894, Z895, Z896, Z897, Z899.
Serviço / Classificação:	164 - Serviço de Orteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação; 001 - Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção 002 - Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção

ANEXO II

NORMAS PARA PRESCRIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS E ADAPTAÇÃO POSTURAL EM CADEIRAS DE RODAS

As Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeiras de Rodas deverão ser indicadas após avaliação completa por profissionais capacitados e que estejam contemplados através dos códigos estabelecidos pela Classificação Brasileira de Ocupações definidos nesta portaria. Estas prescrições deverão seguir critérios e normas que determinem sua indicação segura.

O gestor do Distrito Federal, Estadual ou Municipal deverá exigir a documentação que comprove a indicação e habilidades necessárias para utilização dos equipamentos e materiais a quais deverão estar claramente expostas na justificativa do laudo/relatório clínico contendo dados do paciente e avaliação multidisciplinar com diagnóstico e histórico da evolução da lesão e/ou incapacidade.

PRESCRIÇÃO DA CADEIRA DE RODAS MONOBLOCO

AValiação: Deverá ser realizada por equipe multidisciplinar considerando os seguintes aspectos:

1. **AValiação Física:** deve considerar que o usuário tenha comprometimento total da marcha; força muscular de membros superiores preservada para permitir a propulsão da cadeira; boas condições articulares de pelve, tronco e membros superiores favoráveis à utilização do dispositivo; controle de tronco e cabeça preservados que permitam a estabilidade durante o uso do dispositivo; propriocepção suficiente para garantir a manutenção do equilíbrio e prevenção de quedas.
2. **AValiação Cognitiva:** deve assegurar que o usuário tenha nível de compreensão suficiente para se adaptar e utilizar o dispositivo de forma segura para si mesmo e outras pessoas.
3. **AValiação Visual:** deve assegurar que o usuário tenha acuidade visual suficiente para que não haja comprometimento da sua segurança e de outras pessoas.

PRESCRIÇÃO DA CADEIRA DE RODAS ACIMA DE 90 KG

AValiação: Realizada por equipe multidisciplinar considerando os seguintes aspectos:

1. **AValiação Física:** deve certificar que o usuário tenha comprometimento total da marcha e peso corporal igual ou superior a 90 kg.

PRESCRIÇÃO DA CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA

A cadeira de rodas motorizada deverá ser indicada após avaliação completa, por profissionais habilitados e capacitados e exclusivamente ao indivíduo com comprometimento da sua mobilidade, dependente de cadeira de rodas para sua locomoção, que por algum motivo não tenha possibilidade de impulsional-a de forma manual e independente e que consiga manuseá-la de forma adequada.

AValiação: Realizada por equipe multidisciplinar considerando os seguintes aspectos:

1. **AValiação Física:** deve assegurar que o usuário tenha comprometimento total da marcha, impossibilidade de impulsional a cadeira de rodas manual ou de utilização de qualquer outro meio auxiliar de locomoção, mas com habilidade mínima suficiente para controlar de forma adequada a cadeira de rodas motorizada.
2. **AValiação Cognitiva:** deve certificar que o usuário tenha nível de compreensão, capacidade de planejamento, execução e atenção satisfatórios. Grau de alteração de controle inibitório, impulsividade e heminegligência também devem ser avaliados para que haja condução com eficiência e segurança o equipamento, avaliando os riscos tanto para o paciente quanto para as pessoas ao redor.
3. **AValiação Auditiva:** deve ser assegurado que o usuário tenha nível de audição suficiente de forma que possa perceber e prevenir situações que apresentem risco para si mesmo e outras pessoas.
4. **AValiação da Visão:** deve ser evidenciado que o usuário não possua alterações visuais que venham a comprometer sua segurança e de outras pessoas durante a condução da cadeira de rodas motorizada.

Ainda, para cada tipo de cadeira de rodas citada, é necessário que sejam feitas outras avaliações:

1. AValiação DO AMBIENTE: deverá considerar aspectos acerca do ambiente doméstico do usuário como presença de degraus, mobiliários, larguras de portas insuficientes, bem como aspectos do percurso cotidiano como calçadas e rampas inadequadas, presença de degraus, relevo acidentado e outros fatores que impeçam a utilização da cadeira de rodas.

OUTRAS INFORMAÇÕES PRETINENTES RELATADAS PELO PACIENTE.

3. CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO: deve ser elucidado pelos profissionais responsáveis se há indicação segura e necessária da utilização da cadeira de rodas.

Além dos pontos considerados necessários à avaliação, é necessário que haja comprometimento pelo solicitante de que o usuário será submetido a atividades de treinamento para uso adequado da cadeira de rodas monobloco, cadeira de rodas acima de 90 kg e da cadeira de rodas motorizada, durante o processo de reabilitação o que também deverá constar na justificativa do laudo/relatório clínico de prescrição.

CADEIRA DE RODAS PARA BANHO EM CONCHA INFANTIL

A cadeira de rodas para banho em concha infantil deve ser indicada após avaliação completa, por profissionais capacitados para crianças de 0 a 4 anos de idade que tenham comprometimento da mobilidade com vistas a garantir suas necessidades de higiene de forma adequada, segura e funcional.

AValiação: Realizada por equipe multidisciplinar considerando os seguintes aspectos:

1. **AValiação Física:** deve certificar que a criança tenha comprometimento severo da mobilidade, com redução importante ou perda da força muscular de membros superiores e inferiores e do controle cervical e de tronco, bem como alteração do equilíbrio com risco de quedas que impeçam que as atividades de higiene no banho sejam realizadas em equipamento convencional.

CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ENCOSTO RECLINÁVEL

A cadeira de rodas para banho com encosto reclinável deve ser indicada após avaliação completa, por profissionais capacitados para usuários que tenham comprometimento grave da mobilidade com vistas a garantir suas necessidades de higiene de forma adequada, segura e funcional.

AValiação: Realizada por equipe multidisciplinar considerando os seguintes aspectos:

1. **AValiação Física:** deve certificar que o usuário não se beneficie do modelo padrão cadeira de rodas para banho com assento sanitário por comprometimento severo da mobilidade dependente de terceiros. O usuário deve apresentar comprometimento do controle cervical e de tronco ou do equilíbrio com risco de quedas que impeçam as atividades de higiene no banho.

CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ARO DE PROPULSÃO

A cadeira de rodas para banho com aro de propulsão deve ser indicada após avaliação completa, por profissionais capacitados para usuários que tenham comprometimento da mobilidade, capazes de impulsional a cadeira de rodas de forma independente e que consigam realizar atividades de higiene de forma autônoma, adequada e segura.

AValiação: Realizada por equipe multidisciplinar considerando os seguintes aspectos:

1. **AValiação Física:** deve certificar que o usuário tenha comprometimento total da marcha, força muscular de membros superiores preservada para propulsão da cadeira; preservação das articulações de pelve, tronco e membros superiores favoráveis à utilização do dispositivo; controle de tronco e cabeça preservados que permitam a estabilidade durante o uso do dispositivo; propriocepção suficiente para garantir a manutenção do equilíbrio sobre a cadeira de rodas e prevenção de quedas.
2. **AValiação Cognitiva:** deve ser considerado que o usuário tenha nível de compreensão suficiente para se adaptar e utilizar o dispositivo de forma segura para si mesmo e outras pessoas.
3. **AValiação Visual:** deve ser considerado que o usuário tenha acuidade visual suficiente para que não haja comprometimento da sua segurança e de outras pessoas.

Ainda, para cada tipo de cadeira de rodas para banho citada, é necessário que sejam feitas outras avaliações:

1. AValiação DO AMBIENTE: deverá considerar aspectos acerca do ambiente doméstico do usuário como presença de degraus, mobiliários e larguras de portas insuficientes que impeçam a utilização da cadeira de rodas.

2. OUTRAS INFORMAÇÕES PRETINENTES RELATADAS PELO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL.

3. CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO: deve ser elucidado pelos profissionais responsáveis se há indicação segura e necessária para prescrição e utilização da cadeira de rodas para banho pelo usuário avaliado ou cuidador.

Além dos pontos considerados necessários à avaliação, é necessário que haja comprometimento pelo solicitante de que o usuário e/ou cuidador serão submetidos a atividades de treinamento para uso adequado da cadeira de rodas para banho durante o processo de reabilitação o que também deverá constar na justificativa do laudo/relatório clínico de prescrição.

ADAPTAÇÃO POSTURAL EM CADEIRA DE RODAS

A adaptação postural deverá ser prescrita quando houver necessidade de personalização da cadeira de rodas levando em consideração as especificidades e características anatómicas de cada indivíduo para o adequado posicionamento corporal.

AValiação: Realizada por equipe multidisciplinar considerando os seguintes aspectos:

1. **AValiação Física:** deve certificar que o usuário tenha comprometimento da mobilidade por como redução da força muscular, presença de espasticidade, contraturas, alteração do equilíbrio ou predisposição a alguns destes fatores que possa gerar posicionamento inadequado na cadeira de rodas e/ou comprometimento sensorial com risco para formação ou presença de úlceras de pressão.

2. OUTRAS INFORMAÇÕES PRETINENTES RELATADAS PELO USUÁRIO E/OU RESPONSÁVEL.

3. CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO: deve ser elucidado pelos profissionais responsáveis se há indicação segura e necessária para prescrição dos materiais.

PORTARIA Nº 1.273, DE 25 DE JUNHO DE 2013

Estabelece a dedução dos recursos destinados ao pagamento de leitos de Enfermaria Clínica de Retguarda do Município do Rio de Janeiro (RJ), disponibilizados pela Portaria nº 1.269/GM/MS, de 28 de junho de 2012, referente à Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado e Municípios do Rio de Janeiro (RJ).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Portaria nº 2.338/GM/MS, de 3 de outubro de 2011, que estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente de Rede de Atenção às Urgências;

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20691779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Claudio Belem da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

10883

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

591810011011514758119

DATA DE NASCIMENTO

10/05/77

SEXO

Masc ☒ Fem ☐

RACA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

NOME DA MÃE

Maria de Fatima Belem da Silva

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

NOME DO RESPONSÁVEL

Claudio Belem da Silva

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

Rua do Alameda de A. P. Costa

BAIRRO

Maria Luiza

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14805253

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

01710119108012

SERVIÇO

1519001

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Codutiza menodisco

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Síndrome de Poliomielite

CID10 PRINCIPAL

G91

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luiza Carolina Ferreira

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Luiza Carolina Ferreira
Terapeuta Ocupacional
CREFITOC - 13338 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9191010111612151413115161615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

M350300001

CLAUDIO BELEM DA SILVA
01/09/2013 - 30/09/2013

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117101311131612151515101016

0351323551912-3

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

William Pio Martins

01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

117101311131612151515101016

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

20691779

INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMIDORES
 CENTRO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO DE PRODUTOS
 SANITÁRIOS - ANVISA
 TERMO DE COMPROMISSO À RESPOSTA DE SOLICITAÇÃO DE

EXAMINANDO DE ÓRGÃO, PROTÓTIPO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LUGAR EM

Nome do usuário: *Claudio Belém da Silva*
 Documento: *10883*

Localização:
 Equipamento: *1 - 10883*

Descrição: *Coelha de rodas montada*

Empresa fornecedora: *Associação Amici Júnior*
 Rua: *Av. 14 de Abril*
 Cidade: *Aracaju*
 CEP: *74891-40* Telefone: *(79) 3337-7777* FAX: *(79) 3337-1297*
 e-mail: *amici@amici.org.br*

Endereço para envio de correspondência: *Associação Amici Júnior*
 Rua: *Av. 14 de Abril*
 Cidade: *Aracaju*
 CEP: *74891-40*

Assinatura do usuário:

Assinatura do representante:

Data da prescrição:

Data da entrega: *27.4.2014*

Relatório de exame de protótipo de dispositivo médico de lugar em

Assinatura do representante:
 Responsável: *DR. ROBERTO RODRIGUES*
 CRM: *12002*

DR. ROBERTO RODRIGUES
 Médico
 CRM: 12002

1. O usuário declara que o equipamento se destina a ser utilizado por indivíduos com deficiência física, e que a finalidade principal do equipamento é a de proporcionar a estes indivíduos a possibilidade de locomoção.
2. O usuário declara que a finalidade principal do equipamento é a de proporcionar a estes indivíduos a possibilidade de locomoção.
3. O usuário declara que a finalidade principal do equipamento é a de proporcionar a estes indivíduos a possibilidade de locomoção.

Declaro o compromisso de fornecer a ANVISA, sob demanda, todos os dados necessários para a realização de sua fiscalização.

Declaro o compromisso de fornecer a ANVISA, sob demanda, todos os dados necessários para a realização de sua fiscalização.

27/4/2014
 Data e hora

Claudio Belém da Silva
 Assinatura do usuário

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SAKHA CNES: 210619177K

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Leonardo Alves Pereira Pinto Nº DO PRONTUÁRIO: 0208
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 31810111268161841750 DATA DE NASCIMENTO: 02/07/95 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Leonora Alves Pereira Pinto TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 129210315914
 NOME DO RESPONSÁVEL: Leonora Alves Pereira Pinto TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: R. ENDEREÇO: Rua Franca 47 BAIRRO: Alexandria Pólen
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Luzias COS. IBGE MUNICÍPIO: SP UF: 15 CEP: 131309019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 930110102410 SERVIÇO: 184 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduça de bamba QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID-10 PRINCIPAL: G809 CID-10 SECUNDÁRIO: CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Nam Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Nam Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 918101116121815101718181818 FISIOTERAPEUTA CREFITO 31103.113-F

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins CDD. ÓRGÃO EMISSOR: m350320001 LEONARDO ALVES PEREIRA 1
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11710101113161715151510101016 30/09/2013 - 30/09/2013
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 - 30/09/13
 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SAKHA CNES: 210619177K



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Leonilda Alves Pereira Pinto
Nº. Prontuário: 9208
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas especial reclinável
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.582/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 24/3/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

24/3/2014

Local e data

Leonilda Alves Pereira Pinto

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **5AKA** CNES: **20641374**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Felipe Mendes Martins Montezzo** Nº DO PRONTUÁRIO: **9324**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **810149041841019967** DATA DE NASCIMENTO: **02/09/99** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: **PB** ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: **Francisca F. M. Montezzo** TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: **Francisca F. M. Montezzo** TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **16332197313**
 TIPO DE LOGRADOURO: **Av.** ENDEREÇO: **Augusto da Silva, 94** BAIRRO: **D. Indaia**
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Curuaçuara** COD. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **SP** CEP: **1486466**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0710110102213** SERVIÇO: **164001** CLASS: **1** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Caduria misturada** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **6824** CID10 PRINCIPAL: **6824** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Lúcia Amélia G. G. G.** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/13**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **981010116287311816615** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William do Martins** COD. ÓRGÃO EMISSOR: **m350320001**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **11101311316171515100016**
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **11101311316171515100016**
 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE):

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: **5AKA** FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **20641374** CNES:



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTEZA, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Elise Mendes Martins Monteiro
 Nº. Prontuário: _____
 Função: _____
 Equipamento: () ortese () prótese (x) auxiliar de locomoção
 Especificação: Cadeira de rodas motorizada ortopédica
 Empresa fornecedora: Jacomo Arief, Ltda
 Endereço: Av. Fênix nº 125 - Jd. Santa Cruz
 Cidade: Araraquara - SP
 CEP: 13507-140 Telefone: (16) 33277307 FAX: (16) 33277300
 Insc. Estadual: 181.125.290/119 CACEX: 01.000.795/0101-06
 Técnico responsável p/ confecção / montagem: Rafael Lucas de Godói
 Garantia dos componentes: 12 meses
 Prazo de revisões: 12 meses (6 meses) 12 meses 24 meses
 Origem da Prescrição: _____
 Responsável pelo prescrito: _____
 Data da prescrição: _____ Data da entrega: 25/6/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Resposta: _____
 Assinatura: _____
 Assinatura: _____

- Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar o funcionamento básico do mesmo.
- Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de equipamento. Os prazos são determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos a comissão técnica do órgão fornecedor, que atuará em conjunto com o usuário responsável para realizar o reparo.

Após aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Se compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 7 anos. Para isso, declara que o material da empresa fornecedora e da instituição responsável pelo prescrito, adimplido o cumprimento do compromisso do paciente.

25/6/2014

Local e data

Assinatura responsável



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Claudio Silva da Silva

Nº. Prontuário: 10883

Filiação: Maria de Fatima B. Silva

Equipamento: ☐ ortese

☐ prótese

☒ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira motorizada

Empresa fornecedora: Jacomo Arico Junior

Endereço: Av. Peijó

Nº 625

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

UF: SP

CEP: 14801-140

Telefone: 16-33227397

FAX: 16-33227397

Insc. Estadual: 181.125.290/113

CNPJ: 01.896.795/0001-20

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Válio Lucas de Godoi

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data de entrega: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Responsável pela prescrição/avaliação:

Obs:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela preservação, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Assinatura

Local e data

Assinatura

Assinatura ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
E.A.R.A. - Rua Belém, 1173 - Jd. Santa Rosa - Telefone 35228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

UMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Thiago José Gallo

idário: 10291

Nome: Clia Regina Mazzali

nto: ☐ ortese

☐ prótese

☒ auxiliar de locomoção

ção: Cadeira de banho

orneecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 14-46

Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32331478

FAX: (19) 32313689

lual: 244.589.970.111

CNPJ: 01.638.888/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Cláudio Moreira de Souza

os componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

visões: / / / (6 meses)

/ / / (12 meses)

/ / / (18 meses)

Prescrição:

rel pela prescrição:

Prescrição: / / /

Data da entrega: / / /

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação:

s componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o
ncionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima.

omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

etc-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da Instituição responsável pela prevenção, adequação e treinamento do equipamento ao

Araraquara
Local e data

Clia Regina Mazzali
Usuário ou responsável

OK

SARA

2064774

Alessandro de Lima

10.372

898.000.749.048.893

05/02/08 M

B

Natali Stefani de Lima

01516 99758-1463

Shyete Ribeiro de Lima

01516 3392-6041

R. Crevilhas 330 Primavera

SP 14.800.000

Americo Brasileiro

0.701010240164001 Caduna de banco 01

Tetraplyia Espastica

G824

Dr Roberto Rodrigues
201554277080001

05/10/13

Dr. Roberto Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 15282

William do Monte 17350320001

ALESSANDRO DE LIMA
01/10/2011 01/10/2011

03513235626713

170313675550006

Willian

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Nerandio de Lima
nº: 10372
nome: Natali Stefani de Lima
tipo: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
marca: Cadeira de Sanha
fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Rua Luzitana nº 1446 Bairro Centro
Campinas - SP
CEP: 135-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
e-mail: 244.589.970.111 CEC: 01.638.588/0001-76
responsável p/ confecção / montagem: Clemenice Moreira de Souza
prazo dos componentes: 18 meses
visões: ___/___/___ (6 meses) ___/___/___ (12 meses) ___/___/___ (18 meses)
Prescrição: _____
emitida pela prescrição: _____
data da entrega: ___/___/___

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente, os prazos de manutenção com revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

deve-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

Araraquara
Local e data

Ilzet R. Lima
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20694774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Lucia Santos Nascimento

Nº DO PRONÚRIO

10679

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

124383107416510102

DATA DE NASCIMENTO

01/08/73

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RAÇA/COR

D

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Ana Maria Tenelli dos Santos

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Lucia Santos Nascimento

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Coronéis Roque Portolazzo, 79

BAIRRO

Vitória De Santo

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caramuru

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

19808-270

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010250

SERVIÇO

164

CLASS

1

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadeira de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Amputação transfemural

CID10 PRINCIPAL

S781

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)



Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 3/103.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9810101162851070888

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

11350320001

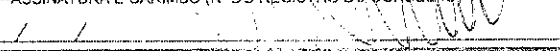
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

119101311316715151101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



01/09/2013 30/09/2013

03513235519/50

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

20694774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Rosela Santo Nazareno
Nº. Prontuário: 10674
Filiação: Ma. Maria dos Santos
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção

Especificação: Cadeira de rodas

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga UF: SP

CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.038.111 CGC: 16.351.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ___/___/___ (6 meses) ___/___/___ (12 meses) ___/___/___ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ___/___/___ Data da entrega: ___/___/___

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara
Local e Data

Assinatura
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SAKA CNES: 210619774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Maiana Sonego Parelli Nº DO PRONTUÁRIO: 12965
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 210618151091213101014 DATA DE NASCIMENTO: 13/07/79 SEXO: F RAÇA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR: 11 3371432413
 NOME DA MÃE: Maiana Sonego Parelli TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Maiana Sonego Parelli TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Amante, 10901 BAIRRO: Centro
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caracara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 0114801335

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 011011011012213 SERVIÇO: 1014 CLASS: 0011 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduina motorizada QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Tetraplegia CID10 PRINCIPAL: G82.3 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Rafael Marcos Pimenta Oliveira DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 9810101116121314181012131513
 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Rafael Pimenta Oliveira
130110101116121314181012131513
REGISTRO: 21381213

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William de M. Martins Cód. Órgão Emissor: 1135032000
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11310131113161915151510101616
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 a 30/07/13
 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE): SAKA CNES: 210619774

MARINA SONEGO PARELLI
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551986-0



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

ENTRIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Marina Young Parilli
Nº. Prontuário: 10967
Filiação: _____
Equipamento: ☐ ortese ☐ prótese ☒ auxiliar de locomoção
Especificação: calça de rodas motorizada elétrica
Empresa fornecedora: Jacomó Arco Imter
Endereço: Av. Feijó, N° 625, Fátima Centro
Cidade: Araraquara, UF: SP
CEP: 14801-140 Telefone: 16-33227397 FAX: 16-33227397
Ins. Estadual: 181.125.790.118 C/C: 01.896.798/0001-26
Técnico responsável p/ entrega / montagem: Fábio Lucas de Godoy
☐ vida dos componentes: 18 meses ☐ garantia da não de cura: 12 meses
Data de revisão: 1 (6 meses) 1 (12 meses) 1 (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: 13/6/2014 Data da entrega: 13/6/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e entregue em perfeito estado e em presença

[Assinatura]
Técnico responsável pela entrega

Observações:

- Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortodôntico especializado. Não se deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar o desempenho ou o funcionamento básico do mesmo.
- Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou reposição de peças e/ou componentes. Estes prazos estão determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que é o responsável por realizar o reparo.

O receptor do equipamento deve manter seu documento físico e

compromete-se a relatar pelo restante do equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso, contar com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, aquisição e treinamento do equipamento e do paciente.

13/6/2014

Local e data.

Marina Young Parilli

Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33238392

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Marina Borges Bello
ano: 2007

tipo: () ortese
() prótese
(X) auxiliar de locomoção

marca: Sadira de todos os membros
fornecedora: Casa Ortopédica Paralela Ltda
Rua Luzitana Nº 1446 Bairro Centro

cep: 13512-000 UF: SP
fones: 15-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313639

contato: 244.589.970/111 CGC: 01.638.588/0001-76
responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

prazo componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
revisões: 1 / 1 (6 meses) 1 / 1 (12 meses) 1 / 1 (18 meses)

Prescrição

emitida pela prescrição

assinatura: 1 / 1 Data da entrega: 30/4/2007

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Responsável pelo equipamento

Dr. Roberto Romão
Médico
CRM 7202

Os componentes do equipamento só devem ser mantidos por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

deve-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio a fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

30/4/2007
Local e data

Assinatura
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **2069779**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Emerson Barbosa de Lima** Nº DO PRONTUÁRIO: **10970**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **898000448967647** DATA DE NASCIMENTO: **07/10/62** SEXO: ☒ Masc ☐ Fem RAÇA/COR: **BR** ETNIA: **BR**
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: **Francisca de Franca Lima** TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: **Emerson Barbosa de Lima** TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **1633373795**
 TIPO DE LOGRADOURO: **AV** ENDEREÇO: **Uruguaia, 574** BAIRRO: **St. Brank**
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Ararasuara** Cód. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **SP** CEP: **19811-109**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **01701101102213** SERVIÇO: **164061** CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **caduira motorizado** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: CID 10 PRINCIPAL: **G811** CID 10 SECUNDÁRIO: CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Julia Andressa Sorela** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/07/13** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **9181010116218731181665**

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Willcom Pio Martins** Cód. Órgão Emissor: **m350320001** EMERSON BARBOSA LIMA
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: **26/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 0351323551920-0
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **1171013113161751551010016**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **SARA** CNES: **2069779**

SARA

2064774

Emerson Barbosa Lima

10970

898000448367647

07/10/62 M

BR

Francisca de Franca Lima

16 997576400

Emerson Barbosa Lima

16 997576400

Av. Sargipe, 574 f.D. Brasil

Orenaguara

0320 SP 14811-104

0701010258164001 caduza de banco 01

Hemiplegia Espástica

G81.1

Luisa Basso Gonçalves

01/10/13

980016255078888

Luisa Basso Gonçalves
 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO 3/103.113-F

William Pio Martins

M350320001

170313675550006

EMERSON BARROSA LIMA
 01/10/2012 - 31/10/2013

0351323552667-0

SARA

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **20647774**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Emerson Barbosa de Lima** Nº DO PRONTUÁRIO: **10970**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **8918101010491836176417** DATA DE NASCIMENTO: **07/10/1962** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR:

NOME DA MÃE: **Francisca de Fátima Lima** DDD: TELEFONE CELULAR:

NOME DO RESPONSÁVEL: **Emerson Barbosa de Lima** DDD: **16** TELEFONE DE CONTATO: **3331739915**

TIPO DE LOGRADOURO: **Av.** ENDEREÇO: **Sergipe, 574** BAIRRO: **P. Brasil**

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Chaparrão** Cód. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **SP** CEP: **14811104**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **070101102012** SERVIÇO: **164001** CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **caduça menobles** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **6811** CID10 PRINCIPAL: **6811** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Fúlia Cíndrea Sora** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/13**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **9181010116214913812665** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William Pio Martins** Cód. Órgão Emissor: **m550320001**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **1171013113675151510006**

DATA DA AUTORIZAÇÃO: **26/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **1171013113675151510006**

EMERSON BARBOSA LIMA
01/09/2013 - 30/09/2013
0351323551921-1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **SARA** CNES: **20647774**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Emilson Antônio Lima
Nº. Prontuário: 10976
Filiação: _____ c _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas motorizada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 03/06/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Lúcia Basti Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CRF nº 31163-113-1

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Dr. Roberto Gonçalves
Médico
CRM 17002

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

ABA 03/06/14

Local e data

Lúcia Basti Gonçalves

Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Camila Barbara Lima
Nº. Prostético: 15920
Filiação: _____ e _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Caneta de Lombo
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 634.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: / / Data da entrega: 15/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição e entrega:

Assinado em: 15/12/2014

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data

Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228392

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Emerson Barbosa Lima

Nº. Prontuário: _____

Situação: _____

Equipamento: () ortese

() prótese

☒ auxiliar de locomoção

Especificação: Cadeira de rodas ~~estabilizadora~~ semiplegica

Empresa fornecedora: Jacomo Anicó Júnior

Endereço: Av. Fajó

Nº 625

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

UF: SP

CEP: 14801-140

Telefone: 16-33227397

FAX: 16-33227397

Insc. Estadual: 181.125.290.118

CGC: 07.796.795/0001-70

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Fábio Lucas de Godoi

Garantia dos componentes: 18 meses

____ de revisões ____ (6 meses)

(12 meses)

Garantia da mão de obra: ____ meses

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição / avaliação: _____

Obs:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortodôntico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar o estético ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Não aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, e

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, aquisição e treinamento do equipamento ao paciente.

26/6/2014

Local e data

Emerson Barbosa Lima

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)
 NOME DO E: **SARA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 NOME DO P: **Elias Azevedo**
 NTE: **121246347140001**
 DATA DO NASCIMENTO: **29/01/63**
 SEXO: **M**
 RACIA COR: **branco**

PROCEDIMENTO SOLICITADO
 COD: **0701010258**
 SERVIÇO: **164001 Caduira de banco**
 PROCE: **0320**
 JF: **58148**
 CEP: **540**

ENDEREÇO DE CONTATO
 END: **Av. Luis Antonio Terra da Silva 16 f. 2º and. São Paulo**
 CID: **1633379431**
 UF: **SP**

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)
 Paraplegia **6821**

SOLICITAÇÃO
 NOME DO PROFISSIONAL: **Júlia Andreza Góes**
 DATA: **01/09/13**
 C.R.P.: **980016287318665**

AUTORIZAÇÃO
 NOME DO PROFISSIONAL: **William Pio Martins**
 DATA: **13/09/13**
 C.R.P.: **170313675550006**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)
 NOME DO E: **SARA**
 DATA: **01/09/13**
 RACIA COR: **branco**



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO(S)
SARA

2064776

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
Elias Pearus

CAF - C.A.F. NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

121246347140001

DATA DE NASCIMENTO

29/01/63

SEXO
M

Nº DO PRONTUÁRIO

10779

PADO

NOME DA MÃE

Mama Leal Pearus

NOME DO(S) PO

Elias Pearus

POI

DERECC

Av. Luis Antonio Cernia da Mta, 16 P. 2º and. São Paulo

Araraquara

0320

581481540

TELEFONE DE CONTATO

1633379431

CURRO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

07011010207164001 Caduza monoflocos 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Paraplegia

G821

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Andrezza Gerla

CAR

Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

980016287318665

01 09 13

NATURA E SÍMBOLO (RE)

Julia Andrezza Gerla

Terapeuta Ocupacional

CREFITO 13339 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISS

AUTOR

Nº

William Pio Martins

M350320001

170313675550006

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

Nº DO CONSELHO

01.09.13 = 20/07/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

SARA

2064776



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Elia Soares

Nº. Prontuário: 10779

Filiação: _____

Equipamento: ☐ órtese

☐ prótese

☒ auxiliar de locomoção

Especificação: Cadeira de Paulo Case de propulsão

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Nº. 1560

Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga

UF: SP

CEP: 15900-000

Telefone: (16) 3253-3754

Insc. Estadual: 684.646.053.131

CGC: 16.851.261/000155

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

____/____/____ (18 meses)

Data da Prescrição: ____/____/____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi examinado e está de acordo com a prescrição.

~~LIAMARCA~~

~~PROTERAPISTA~~

~~CRÉDITO: 32533754~~

~~Responsável pela prescrição/ avaliação.~~

32.533.3754
CRÉDITO
32.533.3754

Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Manter o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

promover-se a zelar pelo referido equipamento, reservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com a empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento.

Araraquara,
18/02/84

Elia Soares



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE ATENDIMENTO DE ARARAQUARA
R. ARA - S/N - Centro - 13200-000 - Araraquara - SP

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

TERMO DE ORTISE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome: Elas Soares

- ☐ órtese
☐ prótese
☐ auxiliar de locomoção

do: cadeira monobloco

proceder: Isadora Rios Jr. Ortopedia

do: Isadora Rios Jr.

tempo: 120

at: 244.589.970 / 111

condições de conservação / manutenção: Clínica

componentes: 8 meses

validade: 12 meses

prescrição:

data prescrição:

assinatura:

O equipamento será entregue ao paciente em conformidade com a prescrição médica.

Isadora Rios Jr.
ORTOPEDISTA
CRM: 111111

Garantia da mão de obra: 12 meses

validade: 12 meses

Data de entrega: 30/04

conforme a prescrição:

Isadora Rios Jr.
ORTOPEDISTA
CRM: 111111

componentes do equipamento são de
deve a forma que fique após de man
nhecimento técnico do usuário.
enviar rigorosamente, os pontos de
os estão sujeitos a danos e a
manter os pontos de contato e a
responsável para a manutenção.

equipamento: cadeira monobloco
data de entrega: 30/04
data de validade: 12 meses
data de prescrição: 30/04

o profissional responsável pelo equipamento
deve estar sempre atualizado em relação ao
estado de conservação do equipamento e
deverá ser responsável por qualquer dano
ocorrido durante o uso do equipamento.

o equipamento será entregue ao paciente em conformidade com a prescrição médica.
o equipamento será entregue ao paciente em conformidade com a prescrição médica.

30/04/2014

Isadora Rios Jr.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNPJ

2016417174

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Carina Fabiana Vieira

Nº DO PRONTUÁRIO

10141

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2013176185109150101097

DATA DE NASCIMENTO

21/08/1994

SEXO

Masculino

RAÇA/COR

32

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Clara Cristina Gomes Vieira

DDD

33 312916312

NOME DO RESPONSÁVEL

Clara Cristina Gomes Vieira

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURA

Rua

ENDEREÇO

Quilômetro Michelto, 258

BAIRRO

Jardim da Opala

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Goiânia

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

GO

CEP

71170-100

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

071011011012518

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de brônquio

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Parapneumonia

CID10 PRINCIPAL

J820

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 31103.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

7181010116121815101788888

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pinheiro

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11710101131612151510101016

LARISSA GABRIELLE MENEZES
01/09/2013 13:30:00/2013

0351323551970-6

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11/11/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

2016417174

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNPJ

2016417174

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNS

20164774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Larissa Gabrielle Vieira

Nº DO PRONTUÁRIO

10741

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2013136851109150009

DATA DE NASCIMENTO

23/08/98

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RAÇA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Claire Cristiana Gomes Vieira

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Larissa Gabrielle Vieira

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Quilômetro Melchete, 258

BAIRRO

Jardim Opus

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cruzeiro

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

15180-132

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

017010103017

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cardiaca membranas

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paraplegia

CID10 PRINCIPAL

G 820

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)



Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3/103.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

5810016281507138188

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William dos Santos

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M35032001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1171013101316151515101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1171013101316151515101016

01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNS

20164774



TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESSE, PRÓTESE OU IMPLANTOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: **(0741) Larissa Gabriel Vieira**

Nº Prontuário:

Afiliação:

Equipamento: ☐ ortese

☐ prótese

☒ auxiliar de locomoção

Especificação: **cadeira de rodas manobrável**

Empresa fornecedora: **Arconia Arte e Lazer**

Poderes: Av. Faria

Nº 625

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

UF: SP

CEP: 13801-110

Telefone: 16 33227397

FAX: 16 33227397

Insc. Estadual: 181.123.290.118

CNPJ: 07.896.794/0001-70

Técnico responsável p/ confecção / montagem: **Fábio Lucas de Godoy**

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisão: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data de entrega: **29/4/2014**

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Dr. Roberto Rodrigues

Ortopedista

Responsável pela Prescrição e Orientação

CREITO: 3147572-E

Dr. Roberto Rodrigues
 Médico
 CRM 12002

Outro:

- Os componentes do equipamento só devem ser modificados por um técnico ortopédico, devidamente qualificado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa interferir na estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
- Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Para manter o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

usuário compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, manutenção e tratamento do equipamento pelo paciente.

29/4/2014

Local e data

Larissa G. Vieira

Assinatura do usuário



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Carina Gabriela Vieira
Nº. Prontuário: 10741
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de Banco
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CQC: 16.831.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ___/___/___ (6 meses) ___/___/___ (12 meses) ___/___/___ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ___/___/___ Data da entrega: 19/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação:
[Assinatura]
CREFITO: 2187672-F

DR. ROBERTO RODRIGUES
Médico
CRM 7200

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014
Local e Data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 30619779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Lucia de Fatima Frazão Nº DO PRONTUÁRIO: 11066
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 201611181932316101011 DATA DE NASCIMENTO: 09/01/57 SEXO: Masc. RACIA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Glória Lucalbe Muniz DDD: 16 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 33378572
 NOME DO RESPONSÁVEL: Lucia de Fatima Frazão DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Quilado Armando Cardoso, 27 BAIRRO: Ilhabela
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Aracaju COD. IBGE MUNICÍPIO: 0520 UF: SE CEP: 14304130

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 070110110215 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caecra RI obre QTDE.: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paraplegia CID10 PRINCIPAL: G820 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto Rodrigues DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 201011515192791018010113

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: W. Vilson dos Santos COD. ÓRGÃO EMISSOR: 135032007
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 117101311131671515101016
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
 SUELI DE FÁTIMA FRAZÃO
01/09/2013 20/09/2013
0351323552017 0
01/07/13 2013 11 3

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 30619779



TERMO DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO

Nome do usuário: **Sueli de Fátima Frosini**
Prontuário: **11066**
Filiação: **Gloria Arcade Muniz** **Jose Muniz**
Equipamento: **() Prótese**

(X) Auxiliar de locomoção
Especificação: **cadeira de rodas pr. deixo**
Empresa fornecedora: **Income Arco Limor**

Endereço: **Av. Pego**
Cidade: **Araraquara**
CEP: **13180-170** Telefone: **(16) 33227747**

Valor estimado: **R\$ 125.290,118**
Prazo responsável p/ confecção / montagem: **18 meses**
Prazo de revisões: **1 / 1 (6 meses)**

Responsável pela prestação:
Data da entrega: **08/05/14**

Declaro que o equipamento acima descrito foi entregue em conformidade com o projeto aprovado.
Luiza Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREMIO 31109-113-F
Responsável pelo projeto

- 1. O equipamento e o equipamento se desmontar, o usuário deve manter o equipamento em perfeito estado de conservação e não deve efetuar qualquer tipo de modificação no equipamento, que possa prejudicar a validade ou funcionamento básico do mesmo.
- 2. O usuário, principalmente, os pontos de montagem, deve manter o equipamento em perfeito estado de conservação e não deve efetuar qualquer tipo de modificação no equipamento, que possa prejudicar a validade ou funcionamento básico do mesmo.
- 3. Comunicar os problemas ocorridos a respeito do equipamento, que possam prejudicar a validade ou funcionamento básico do mesmo, para que o responsável possa realizar o reparo.

Declaro que o equipamento destinado a melhorar a qualidade de vida do usuário, não deve ser utilizado para fins comerciais ou de lucro, e que o usuário deve manter o equipamento em perfeito estado de conservação e não deve efetuar qualquer tipo de modificação no equipamento, que possa prejudicar a validade ou funcionamento básico do mesmo.

Assinatura: **AGA, 08/05/14**
Local e data:
Maria Conceição Muniz
Miorina

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2101691775

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Mariana Elmka da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

10379

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8198100011894141676

DATA DE NASCIMENTO

13/09/97

SEXO

Masc.

Fem. ☒

RAÇA/COR

branca

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Elisa Orlando da Silva

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Mariana Elmka da Silva

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Pedro Domingos da Silva, s/n

BAIRRO

P. Sta. Adélia

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

União da Vitória

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0520

UF

PR

CEP

84198-190

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

01101010215

SERVIÇO

1169

CLASS

007

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadastr. de Obese

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Artrose

CID10 PRINCIPAL

M199

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Demétrio Gomes Abimonte

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael Demétrio Gomes Abimonte
Fisioterapeuta
Traumatologia e Ortopedia
CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91800162819802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M35032003

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1170311367515500016

MARIA FEMILIA DA SILVA
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551981 6

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura]

01/07/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

[CNS]

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2101691775



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Naria Emelka da Silva
 Nº. Prontuário: 10374
 Filiação: Elsa Orlando da Silva Luiz de Monte da Silva
 Equipamento: () órtese
 () prótese
 (X) auxiliar de locomoção
 Especificação: Cadeira de rodas p/ obeso
 Empresa fornecedora: Jacomo Aricó Júnior
 Endereço: Av. Peijó Nº 625 Bairro: Centro
 Cidade: Araraquara UF: SP
 CEP: 14801-140 Telefone: 16-33227397 FAX: 16-33227397
 Insc. Estadual: 181.125.290.118 CEC: 01.896.795/0001-20
 Técnico responsável p/ confecção / montagem: Tábata Leuz de Godoy
 Garantia dos componentes: 18 meses /
 Data de revisão: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
 Garantia da mão de obra: / / meses
 Origem da Prescrição:
 Responsável pela prescrição:
 Data da prescrição: / /

Data da entrega: 07/05/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Lúcia Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREITO 31103-113-F
Responsável pela prescrição e avaliação.

DR. ROBERTO SOARES
Médico
CRM 22002

- Obs:
1. Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
 2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
 3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica da empresa fornecedora, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Após aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr.
 Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Assinatura: 07/05/14 Local e data.
Naria Emelka da Silva Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: 3AKA CNES: 2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Adão Donisek da Silva Nº DO PRONTUÁRIO: 10634
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 81981002374771497515 DATA DE NASCIMENTO: 31/12/83 SEXO: Masc. RACIA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR:
 NOME DA MÃE: Vivian Lucian Fabre DDD: TELEFONE CELULAR:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Adão Donisek da Silva DDD: 169 TELEFONE DE CONTATO: 15161
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Princesa Isabel, 344 BAIRRO: Vila Xavier
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Anaramara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14819010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0301010202 SERVIÇO: 164 CLASS: 061 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadaver monitorado QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G809 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Júlia Andreza Gólia DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Júlia Andreza Gólia
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 715100116218731181615 Terapeuta Ocupacional
CREFITOS - 13339 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 173032000 ADÃO DONISETE DA SILVA
 01/09/2013 - 30/09/2013
 03513235518860
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 117013113161715151010016
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 3AKA CNES: 2064774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SAPAC CNES: 20661777

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Adão Donizete da Silva Nº DO PRONTUÁRIO: 10054

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 891800230417719705 DATA DE NASCIMENTO: 31/12/83 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: BR ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO:

NOME DA MÃE: Vera Lucia Fabre

NOME DO RESPONSÁVEL: Adão Donizete da Silva

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Pinara Brasil, 844 BAIRRO: Vila Xavier

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Arundaguara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14810070

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0701101102158 SERVIÇO: 169001 CLASS: 1 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: cadura de bambu QTD: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTD.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G809 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Juliana Linduza Silva DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Terapeuta Ocupacional CRP 001-83940

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 781010118281731181615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Rio Martins Cód. ORGÃO EMISSOR: M350520001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11310131131617151915101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13

ADÃO DONIZETE DA SILVA
01/09/2013 00:09/2013
0351323551887.0

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: SAPAC FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 20661777 CNES: 20661777



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia Nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Adão Demétrio da Silva
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas de banco e
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ___/___/___ (6 meses) ___/___/___ (12 meses) ___/___/___ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ___/___/___ Data da entrega: 20/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUZ ARLANDO JUNIOR
FISIOTERAPEUTA
CREITO: 51123248-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

20/02/14
Local e Data

Adão

Usuário ou responsável



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTÓSE, PRÓTESE OU EQUIPAMENTOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Adão Donizete da Silva

Nº. Protocolo:

Indicação:

Equipamento: ☒ Órtese

☐ Prótese

☐ Auxiliar de locomoção

Especificação:

Cadeira manobloco

Empresa fornecedora: Luciano Arico Junior

Endereço: Av. Feijó

Nº. 61

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

CEP: 13500-000

CEP: 13500-000

Telefone: (16) 3312-5502

Anexo estadual: 181 123 90 111

Pessoa responsável p/ confecção / montagem: Elaine Lúcia da Silva

Tempo dos componentes: 18 meses

Data de recebimento: 11/11/13 (6 meses)

Tempo da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição:

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim recebido e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO CARLIERE

FISIOTERAPEUTA

CREITO: 31123248-1

Responsável pela prescrição e avaliação

DR. ROBERTO RODRIGUES
ME-0000
CRM 11002

Obs:

- Os componentes do equipamento só deverão ser usados pelos usuários autorizados pelo fabricante. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de reparo ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura e o funcionamento básico do mesmo.
- Observar cuidadosamente os prazos de manutenção e de validade de uso do equipamento com garantia. Os prazos estão determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos à comissão de manutenção, que convocará o técnico responsável para realizar o reparo.

Se necessário, o equipamento deverá ser mantido e melhorado sob a supervisão técnica.

Comprometo-se a zelar pelo uso do equipamento, a mantê-lo em boas condições de uso. Para isso, eu, o usuário, a empresa fornecedora e o fabricante são responsáveis pelo uso e manutenção do equipamento.

29/04/2014
Local e data

Adão Donizete
Assinatura do usuário



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Joselly Jane Vidal

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____ e _____

Equipamento: () ortese

() prótese

(X) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas com motor de propulsão

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Nº. 1560

Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga

UF: SP

CEP: 15900-000

Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111

CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição:

LUZIANE ANDRADE GARRIPE
FISIOTERAPISTA
CREFITO: 31120240-2

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.:

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara 06/2/14

Local e Data

+ Talma Lourenço

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2069777K

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Mariana Pomato

Nº DO PRONTUÁRIO

10068

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89731000913164155019

DATA DE NASCIMENTO

21/12/07

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Izeli Cristina dos Santos

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Izeli Cristina dos Santos

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Bento de Lencastre 1131

BAIRRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ita Lina

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

SP

CEP

14825000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010240

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Laduna de bambu

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Rinite Alérgica

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Daniel Gomes Soares Abimora

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/07/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9181010116121819102131513

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Daniel Gomes Abimora

Otorrinolaringologista e Otolaringologista

CREMIO: 3187672-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

11350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1131013113161715151310101016

MARIANA POSSATO
01/09/2013 - 30/09/2013

03513235519827

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

01/07/13 - 30/07/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

SARA

SARA

2069777K



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Maryana Pereira
Nº. Prontuário: 10066
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas especial adaptada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 6/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação: _____

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/3/2014
Local e data

Gereli C. dos Santos
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNPJ

20614779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Zilda da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

11108

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8718100172519161191587

DATA DE NASCIMENTO

29/11/56

SEXO

Masc.

Fem. ☒

RACIA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Irene Ribeiro da Silva

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Zilda da Silva

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Cidade Orlando, 265

BAIRRO

B. Brasília

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Corumbá

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14810455

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

02.10.11.010258

SERVIÇO

1690017

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de bambu

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiplegia

CID10 PRINCIPAL

G81.1

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Roberto Rodrigues

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

2011554299080018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William do Marinho

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

17350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1110931131617151515100106

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



01/07/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ

SARA

SARA

20614779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DE SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: 544A CNES: 20647774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Gláucia da Silva Nº DO PRONTUÁRIO: 11107
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 81780017251916115884 DATA DE NASCIMENTO: 21/11/56 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Heleide Ribeiro da Silva DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Gláucia da Silva DDD: 16 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 332952174
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Curitiba, Paraná, 265 BAIRRO: JP Bumbica
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Curitiba Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0920 UF: PR CEP: 14810455

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 01001010223 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadeia motorizada QTOE: 01

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTOE

JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hemiplegia CID10 PRINCIPAL: 6811 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Ricardo Rodrigues DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 201151514127910130115

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Rios Martins Cód. ORGÃO EMISSOR: 1750320001 ZILDA DA SILVA
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/2013 20/09/2013
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 171013113161715151501016 0351323552040 0

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 344A CNES: 20647774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Filipe da Silva

Nº. Prontuário: 11107

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira rodas motorizada

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: 02/06/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Crista Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFIO 31103-113-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Roberto Gonçalves
Médico
CRM 12109

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

ANA 02/06/14

Local e data

celso gomes
Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Zilda da Silva
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de banho d'ar, de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/000155
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 29/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUI ARMANDO GONÇALVES
FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

29/02/14
Local e Data

Elza Gomes
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20049774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Ana Maria Faveres Nogueira Nº DO PRONTUÁRIO: 10845
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 69300004229791605 DATA DE NASCIMENTO: 07/03/56 SEXO: Fem. RACIA/COR: Br ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Helena Lucinda Faveres DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Ana Maria Faveres Nogueira DDD: 16 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 98084572
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Manoel Rodolfo Alves 138 BAIRRO: Jo. Imperador
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caraguara Cód. IBGE Município: 0320 UF: SP CEP: 14806105

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 017010102518 SERVIÇO: 164 CLASS: 007 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Laduna de ombro QTDE: 01

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hemiplegia flácida CID10 PRINCIPAL: G810 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Julia Andreza Silva DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/07/13 ASSINATURA: [Assinatura] CARIMBO: [Carimbo]
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 69300004229791605

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William de Martino Cód. Órgão Emissor: 1150320001 ANA MARIA FAVERES NOGUEIRA
 41/09/2013 30/09/2013
 0351323551895 8
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 11/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [Assinatura] 01/09/13 a 30/09/13
 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)
 CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES: 20049774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNPJ

26169779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Ana Maria Favero Nogueira

Nº DO PRONTUÁRIO

10898

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

891801010412123191615

DATA DE NASCIMENTO

07/02/56

SEXO

Masc.

Fem.

RAÇA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Helena Paula Favero

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Ana Maria Favero Nogueira

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Município Dódou C. Silva, B8

BAIRRO

B. Imperador

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caramuru

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14806105

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0101010223

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadura metecizada

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiplegia flácida

CID10 PRINCIPAL

G810

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Andressa Goria

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Andressa Goria
Término Profissional
CREPITOR - 1339 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

891801011613817131181615

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

CÓD. ORGÃO EMISSOR

1935032000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

114031131671515101010

ANA MARIA FAVERO NOGUEIRA
01/09/2013 20:00:00

0351323551894-7

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 20:00:00

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ

SARA

26169779



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Ana Maria Soares Nogueira

Id. Promotorio:

Idade:

Equipamento: ☐ Ortese

☐ Prótese

☒ Auxiliar de locomoção

Especificação: Cadeira de rodas motorizada - Freedom

Empresa fornecedora: Jacomo Aticó Junior

Endereço: Av. Feijó

Nº 625

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

UF: SP

CEP: 14801-110

Telefone: 16-33227397

FAX: 16-33227397

Insc. Estadual: 181.125.290.118

CIC: 01.896.795/000120

Técnico responsável p/confeção / montagem: Fábio Lucas de Cador

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Período de revisão: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data da entrega: 16.06.14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim avaliado e está de acordo com a prescrição

[Assinatura]
Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar o estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico,

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, aquisição e manutenção do equipamento ao paciente.

Araraquara, 16 junho 2014.
Local e data

Valdir Nogueira Martins
Usuário responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Ana Maria Farias Nogueira
Nº. Prontuário: 10898
Filiação: _____ e _____

Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeiro de banho claro de propulsão

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga UF: SP

CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

JOÃO AMARAL CARLIPPE
FISIOTERAPEUTA
CREFTO: 3447540-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 15/02/04

Local e Data

Valde Nogueira Martins
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SISA

CNES

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Vera Lucia Praz Ferraz

Nº DO PRONTUÁRIO

6365

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898000170539530

DATA DE NASCIMENTO

20/08/62

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RACIA/COR

10

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

16

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

976

1256

NOME DA MÃE

Mariana Lucia Ferraz

DDD

16

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

331

18031

NOME DO RESPONSÁVEL

Vera Lucia Praz Ferraz

TIPO DE LOGRADOURO

Diemida

ENDEREÇO

Jose Sarkanskas

BAIRRO

Selmi Dei 4

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Marechal

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14806349

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010258

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadeira de banho

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Sequela de Poliomielite

CID10 PRINCIPAL

B91

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael J. G. Nadorad

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael J. G. Nadorad
Ortopedia
Traumatologia e Ortopedia
CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

980016284802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

1390320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1703113675550006

VERA LUCIA PRAZ FERRAZ
01/09/2013 14/09/2013

0351323552024 5

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SISA

CNS

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1.25 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Valter Sueli Braz Ferraz
Nº. Prontuário: 6789
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 19/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Responsável pela prescrição e adequação
CREMIO: 31.87574-F

Dr. Roberto Roberto
Médico
CRM: 12009

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014
Local e Data

João Guirelli Junior
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SADA CNES: 2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Sabrina Santana Silva Nº DO PRONTUÁRIO: 9437
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 89810010170528512 DATA DE NASCIMENTO: 29/04/92 SEXO: Fem. X RACIA/COR: 13 ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Roseli de Fatima Santana DD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Roseli de Fatima Santana DD: 16 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 33321711
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Joaquim J. M. Rodrigues, 608 BAIRRO: Jd. Rafaela
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Novo Acre COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14808032

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0701019240 SERVIÇO: 16 CI ASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadência de banho QTDE.: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G809 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Rafael J.G. Diniz DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Rafael J.G. Diniz
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 9800116289802353 CREFITO: 3187672-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 135032000 SABBINA SANTANA SILVA
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11703113675550008 03513235520091
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SADA CNES: 2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A.- Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Sabrina Santana Silva
Nº. Prontuário: 9437
Filiação: Roseli de Fátima Santana e José Francisco da Silva
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho adaptada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ___/___/___ (6 meses) ___/___/___ (12 meses) ___/___/___ (18 meses)
Garantia da mão de obra: 12 meses
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ___/___/___ Data da entrega: 24/03/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIZ AMARAL GOMES

RESISTENTE

PRESTA-SE

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

ARA, 24/03/14

Local e data

José Francisco da Silva
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 30617774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Vitalina Carlos da Silva Nº DO PRECATÓRIO: 10745

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 1040032114155190017 DATA DE NASCIMENTO: 08/12/38 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. ☒ RACIA/COR: 4 ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Benedicta Rosa Carlos DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DO RESPONSÁVEL: Vitalina Carlos da Silva DDD: 16 33322257 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Antônia Benedicta Liden 19 BAIRRO: P. Alameda

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caracaramara COD. IBGE MUNICÍPIO: 0300 UF: S.P. CEP: 11803-112

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 07010102K8 SERVIÇO: 104 CLASS: 101 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduça de parto QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hemiplegia CID10 PRINCIPAL: G810 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

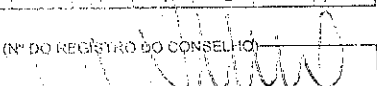
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto Kocungu DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): 

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 2011515412191018018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins COD. ORGÃO EMISSOR: 0125032001 VITALINA CARLOS DA SILVA 01/09/2013 10:00:00

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 117101911316715151910016 0351323552029.0

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):  01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: 5084 FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES: 30617774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Batista nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Vitalina Carlos da Silva
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Caduta de braço de arco de metal 50
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 20/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

DR. ARMANDO GONÇALVES
FISIOTERAPEUTA
CREATO: 3120240-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

20/02/14

Local e Data

Vitalina Carlos da Silva

Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Daiane Priscilla Federici
Nº. Prontuário: 9325
Filiação: Cláudio Cristiana D. Federici
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de rodas com ore de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data da entrega: 20/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição e avaliação:

Fisioterapia
Fonoaudiologia e Ortopedia
CREITO: 3137672-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

20/2/2014
Local e Data

Daiane Priscilla Federici
Usuário ou responsável
mãe

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

301447174

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Henrique Cesar de Oliveira

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2001514877311200004

DATA DE NASCIMENTO

05/10/1972

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA COR

5

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Rosina Maria Ferreira de Oliveira

NOME DO RESPONSÁVEL

Henrique Cesar de Oliveira

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

João de Deus irmãos, 177

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barraquana

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

114204119

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010253

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadeira de banho

QTD

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paraplegia

CID10 PRINCIPAL

G820

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rosa Basso Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/2013

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Rosa Basso Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
REFFITO 3/103.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91410101161213151017181818

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

1030320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

112101315131617151515151515

HENRIQUE CESAR DE OLIVEIRA
FISIOTERAPEUTA
REFFITO 3/103.113-F

0351323551941-0

DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A.- Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Henrique Cesar de Oliveira
Nº. Prontuário: 11094
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho e cadeira de propulsão
Empresa fornecedora: Jacomo Aricó Júnior
Endereço: Av. Feijó Nº 625 Bairro: Centro
Cidade: Araraquara UF: SP
CEP: 14801-140 Telefone: 16- 33227397 FAX: 16- 33227397
Insc. Estadual: 181.125.290.118 CGC: 01.896.795/0001-20
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Fábio Lucas de Godoi
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 10/04/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

01/04/2014
Local e data

Henrique Cesar de Oliveira
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

João Antonio Laurindo

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002101028095

DATA DE NASCIMENTO

20/1/53

SEXO

Masc ☒ Fem ☐

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Macena Maria de Jesus Laurindo

NOME DO RESPONSÁVEL

João Antonio Laurindo

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Henrique João Batista Cruz

BAIRRO

Alm. de II

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araraquara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0920

UF

SP

CEP

14806400

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010258

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cachorra de bamba

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

S781

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luiza Ram Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

980016285078888

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M35020007

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

17103113695550006

JOSE ANTONIO LAURINDO

01/09/2013 10/09/2013

03513235519607

DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Jose Antonio Laurindo
Nº. Prontuário: 10263
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 19/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

João Guirelli Junior
Responsável pela prescrição/avaliação.
CREFIM: 3187572 F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Comprometo-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014
Local e Data

Jose Antonio Laurindo
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

SARA

20647719

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Benedito dos Anjos Aragão

10545

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RAÇA/COR

ETNIA

8198100104189141847012

16/04/54

Masc. ☒ Fem. ☐

BR

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

Lionor de Freitas Aragão

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

Benedito dos Anjos Aragão

1697854247

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

BAIRRO

Rua Venâncio Alonzo Perez, 513

Melhacado

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

Chacaraçu

0320

SP

14807029

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

07101101012518

164001

caduza de bomo

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

Hemiplegia

G811

OBSERVAÇÕES

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Andreza Garia

01/09/13

Julia Andreza Garia

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

81810101161218131186615

Término Profissional
CRED103 - 13339 TO

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

William Rio Martins

1035032001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11910131131617151510106

BENEDITO DOS ANJOS ARAGÃO
30/09/2013 - 30/09/2013

03513235519057

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

30/09/13

01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

SARA

20647719



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Benedicta das Anjos Aragoni
Nº. Prontuário: 10545
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas com cinto de segurança
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 20/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.
C.R.E.P.T.O. 2.187672-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

20/12/2014

Local e Data

Benedicta das Anjos Aragoni

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20164779**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE: Michelle Guira Okumura Nº DO PRONTUÁRIO: 11105

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 20164779 DATA DE NASCIMENTO: 13/04/81 SEXO: ☐ Masc. ☒ Fem. RACIA/COR: BR ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR:

NOME DA MÃE: Benedicta Maria Okumura DDD: TELEFONE CELULAR:

NOME DO RESPONSÁVEL: Michelle Guira Okumura DDD: 16 33 214215158

TIPO DE LOGRADOURO: Sua ENDEREÇO: Dr. Ulisses Siqueira, 236 BAIRRO: Vila Harmonia

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Aracaju Cód. IBGE Município: 0320 UF: SE CEP: 14802-520

PROCEDIMENTO SOLICITADOCÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 01701010258 SERVIÇO: 164001 CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduça de banho QTDE: 01**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Tetraplegia CID 10 PRINCIPAL: G823 CID 10 SECUNDÁRIO: G540 CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 91810101162281503181818

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William dos Santos Cód. Órgão Emissor: 11250320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 117013113161515101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 a 10/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: SARA FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES: 20164779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Micheli Gisa Okumura
Nº. Prontuário: 11105
Filiação: _____ c _____

Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de banho de ar de espuma

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório N.º. 1560 Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga UF: SP

CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: 19/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

[Assinatura]
Responsável pela prescrição e avaliação.
CREITO: 01 57672-F

[Assinatura]
GT. BORGES TORQUES
Médico
CRM 72402

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/02/14
Local e Data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	CNES
SARA	20647719

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO
Nelson Promi Peres	10748
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO
85800052191508306	15/09/59
E-MAIL PARA CONTATO	SEXO
	Masc. ☒ Fem. ☐
NOME DA MÃE	RACIA/COR
Carolina Promi	32
NOME DO RESPONSÁVEL	ETNIA
Nelson Promi Peres	
TIPO DE LOGRADOURO	TELEFONE CELULAR
Av.	Nº DO TELEFONE
ENDERECO	TELEFONE CELULAR
Prof. Alvaro S. Ribeiro, 159	Nº DO TELEFONE
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE DE CONTATO
Charaguara	Nº DO TELEFONE
COD. IBGE MUNICÍPIO	BAIRRO
0320	Sta Clara
UF	CEP
SP	19810277

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE.
071011010258	164001		caduza de kambi	01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
Tetraplegia	G824		
OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
Rafael Dimas Giamin Abinowad	01/09/13	Dr. Rafael D. Abinowad Neurologia e Ortopedia CREFITO: 3187672-F
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
981000162841802353		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD. ÓRGÃO EMISSOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
William Rio Martins	m350320001	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
171031131671515500016		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
30/09/13		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
	SARA	20647719

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **210691779**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Nelson Primi Peres** Nº DO PRONTUÁRIO: **10598**
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **8198100052171508306** DATA DE NASCIMENTO: **15/09/54** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: **BR** ETNIA:
E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
NOME DA MÃE: **Carolina Primi** TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
NOME DO RESPONSÁVEL: **Nelson Primi Peres** TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
TIPO DE LOGRADOURO: **AV.** ENDEREÇO: **Rua Ulisses S. Ribeiro, 159** BAIRRO: **Sto. Clara**
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Curacuará** Cód. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **SP** CEP: **14811-277**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **021011010223** SERVIÇO: **164** CLASS: **001** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **urduka molhada** QTDE.: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Tetraplegia** CID10 PRINCIPAL: **G824** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Paulo Dimas Xavier Amorim** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **91810011621843023153** **Dr. Paulo Dimas Xavier Amorim**
Traumatologia e Ortopedia
CREITO: 21823

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William Pio Martins** Cód. Órgão Emissor: **0350320001** **NELSON PRIMI PERES**
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **117013113161515100006** **01/09/2013 10:00:20:1**
DATA DA AUTORIZAÇÃO: **01/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **03513235510048**
01/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: **SARA** FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **210691779** CNES:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone: 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário:

lário:

nto: () órtese

() prótese

(X) auxiliar de locomoção

ção:

orneecedora: Casa Ortopédica Filadélfia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Barro: Centro

ampinas

UB: SP

15-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

lual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

ponsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

os componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

visões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

Prescrição:

el pela prescrição:

escrição: / /

Data da entrega: / /

o: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIZ ARMANDO GARLIPPE

FISIOTERAPEUTA

CREFITO: 3/128240-F

Responsável pela prescrição / avaliação.

s componentes do equipamento só devem ser mantidos por um técnico ortopédico especializado. O usuário deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

ete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

Araraquara, 02/06/84

Local e data

Nelson Prone Reis

Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Nelson Henri Pires

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

(x) prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: Cadeira de banho 1º ao de propulsão

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Nº. 1560.

Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga

UF: SP

CEP: 15900-000

Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111

CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da entrega: ____/____/____

Data da prescrição: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi examinado e está de acordo com a prescrição.

LUZ ALVARO GALIPPE
FISIOTERapeuta
CREFITO: 31122-00-7

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 16/04/14

Local e Data

Nelson Henri Pires

Usuário ou responsável

Ministério
da Saúde



APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SDRS

CNES

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Valdir de Aguiar Paulo

Nº DO PRONTUÁRIO

10941

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

203.768.541.590.004

DATA DE NASCIMENTO

14/12/69

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Maria José de Aguiar Paulo

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

1699.630901

NOME DO RESPONSÁVEL

Maria José de Aguiar Paulo

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

312.711.5100

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Pescho José baraca 2865

BAIRRO

Jd. Sta Marta

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maranguara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14808300

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010223

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadeira motorizada

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tetraplegia espástica

CID10 PRINCIPAL

G824

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D. G. Abimorad

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael D. G. Abimorad
Fisioterapeuta
Tratamento e Ortopedia
CREFITO: 3 / 87672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91800016284802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Dias Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

1350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1170311316751510006

VALDIR DE AGUIAR PAULO
01/09/2013 20/09/2013

03513235520223

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30.09.13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11/11/13

01/09/13 20/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário:

ário:

nto: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

ção

orneecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

lual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

os componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

visões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

i Prescrição:

el pela prescrição:

escrição: / /

Data da entrega: / /

o: O equipamento acima descrito foi fornecido de acordo com a prescrição.

FISIOTERAPEUTA

CREITO: 37125240-7

Responsável pela prescrição/ avaliação.

s componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o ncionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes azos estão determinados acima.

omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

ete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

Araraquara, 02/06/14

Local e data

Valdir Aguiar Paulo

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 26 69 7779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Maria Vieira Mathews Nº DO PRONTUÁRIO: 9452

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 30618614511000102 DATA DE NASCIMENTO: 23/11/35 SEXO: ☐ Masc. ☒ Fem. RACIA/COR: B2 ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Maria Vieira Mathews DDD: 16 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 97285589

NOME DO RESPONSÁVEL: Maria Vieira Mathews DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Das Rosas, 277 BAIRRO: Boa Esperança

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Esperança do Sul Cód. IBGE Município: SP UF: 15930000 CEP:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 03701010258 SERVIÇO: CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduça de membros QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hemiplegia CID10 PRINCIPAL: G810 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Paulo Marcos Gomes Abreu DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Paulo Marcos Gomes Abreu

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 918100116284802353 Traumatologia e Ortopedia NO: 5787572

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 11350320001 MARIA VIEIRA MATHIEUS (11/09/2013 - 30/09/2013) 0351.323551985-0

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11710311316755550101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 11/09/2013

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20647214

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2064779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Mariana Vieira Mathias

Nº DO PRONTUÁRIO

9482

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

206118011915100002

DATA DE NASCIMENTO

20/11/35

SEXO

Masc. ☐Fem. ☒

RACIA/COR

32

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Mariana Vieira Mathias

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Mariana Vieira Mathias

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Das Penas, 277

BAIRRO

F.D. Nova Esperança

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bela Esperança do Sul

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

30

CEP

14930000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

01301010223

SERVIÇO

104

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadiexa malhada

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiplegia

CID10 PRINCIPAL

G810

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Dantas Geminio Chirri

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91800116284502353

CREFITO: 3187872-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William de Mattos

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

11350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11403113615155010106

MARIA VIEIRA MATHIAS

01/09/2013 30/09/2013

0351323551984 9

DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11350320001

01

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2064779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 53228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Marcia Lúcia Mothais

Nº. Prontuário: 9482

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

(X) auxiliar de locomoção

Especificação: Calçado de Bando de ferro de propulsão

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Nº. 1560

Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga

UF: SP

CEP: 15900-000

Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111

CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ___/___/___ (6 meses)

___/___/___ (12 meses)

___/___/___ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ___/___/___

Data da entrega: ___/___/___

Declaração: O equipamento acima descrito foi examinado e está de acordo com a prescrição

FISIOTERAPISTA
CREFITO 33328248

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 20/02/14
Local e Data

Marcia Lúcia Mothais
Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário:
fórmio:

Mauro Vieira Motras

nto: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

ção:

Cadeira de rodas motorizada

omecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

lual: 244.589.970/111

CGC: 01.638.588/0001-76

sponsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

los componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

visões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

Prescrição:

vel pela prescrição:

escrição: / /

Data da entrega: / /

o: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUÍZ ARMANDO GARLIPPE

FISIOTERAPEUTA

CREITO: 31/28340-6

Responsável pela prescrição/ avaliação:

Assinatura do usuário
Mauro Vieira Motras
CPF: 111.111.111

s componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o
ncionamento básico do mesmo

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima

omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
sponsável para realizar o reparo

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

ete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

Araraquara 02/06/14

Local e data

Mauro Vieira Motras

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 210697777

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Antonio dos Santos Nº DO PRONTUÁRIO: 10725
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 891300271102319166 DATA DE NASCIMENTO: 07/11/39 SEXO: Masc. RACIA/COR: 32 ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Isolda de Jesus DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Antonio dos Santos DDD: 16 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 32 1997107
 TIPO DE LOGRADOURO: ru. ENDEREÇO: Carne Fiolella, 254 BAIRRO: Santana
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Aracaju COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SE CEP: 14801910

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0101010258 SERVIÇO: 169 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduça de bombe QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hernioplastia CID10 PRINCIPAL: G41 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Júlia Andrezza Silva DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Júlia Andrezza Silva
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 2181001162187131181615 Terapeuta Ocupacional
 CREFITO - 133770

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William do Martins COD. ÓRGÃO EMISSOR: 17350320001 ANTONIO DOS SANTOS
 01/09/2013 - 30/09/2013
 0351323551898 0
 CAR (AO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 117101311316131515150101016
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/07/13 a 30/07/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 210697777

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 2064779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Antonio dos Santos Nº DO PRONTUÁRIO: 10723

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 898002710237966 DATA DE NASCIMENTO: 07/11/39 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RACA/COR: BR ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO:

NOME DA MÃE: Josefa de Jesus

NOME DO RESPONSÁVEL: Antonio dos Santos TELEFONE DE CONTATO: 1632199717

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Carmo Piorillo, 254 BAIRRO: Santana

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Choroguanã Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14801-410

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 03101010223 SERVIÇO: 169 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduça metálica QTDE.: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hemiplegia CID10 PRINCIPAL: G81.1 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Julia Andreza Souza DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Julia Andreza Souza

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 898001162873118665

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 11350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1171013113167151510101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): William Pio Martins DATA: 01/09/13 a 30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Antonio dos Santos

0351323551899-1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: SARA FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 2064779 CNES: 2064779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Antônio dos Santos
Nº. Prontuário: 10723
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 19/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Dr. [Assinatura]
Responsável pela prescrição/avaliação.
C.RÉPITO: 3107572-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014
Local e Data

Antônio dos Santos
Usuário ou responsável



PREFEITURA DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahú nº. 1125 - Vila Xavier - Tel: Fone: 3228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário:

ário:

nfo: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

ção:

orneecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

lual: 244.589.970/111

CGC: 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

los componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

visões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

Prescrição:

rel pela prescrição:

escrição:

Data da entrega:

o: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e aprovado com a prescrição

LUIS ARMANDO GARLIPPE
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 3/128240-F

Responsável pela prescrição/ avaliação

s componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o
ncionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima.

omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, a

ete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

Araraquara, 02/06/14

Local e data

Maria Lúcia dos Santos
Usuário responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **20641779**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Benedita da Silva de Lima** Nº DO PRONTUÁRIO: **11049**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **5145000118914319132** DATA DE NASCIMENTO: **24/06/27** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. ☐ RAÇA/COR: **3** ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: **Lebastiana Augusta** DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: **Benedita da Silva de Lima** DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: **Luca** ENDEREÇO: **Angelo Benediti, 740** BAIRRO: **Stª Lucia**
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Coroatim** COD. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **58** CEP: **11800-195**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0130110110258** SERVIÇO: **164** CLASS: **0101** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **coduina de banho** QTDE.: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Ampuiação Transfemural** CID10 PRINCIPAL: **S781** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Julia Lindreza Serla** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **913010111612181311816615** **Julia Andreza Goria**
CRATF03 - 1233 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William Rio Martins** COD. ÓRGÃO EMISSOR: **m350320001** BENEFITÁRIA DA SILVA DE LIMA
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **01/01/13 a 30/07/13**
 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE):
 CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: **502A** FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **20641779** CNES:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Benedita da Silva Lima
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de banho d'aro de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 21/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO GANLIPPE
FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

21/02/14

Local e Data

Ezequiel da Silva

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SISA CNES: 3004774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Normando da Silva Nº DO PRONTUÁRIO: 10.66+
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 3061195411794010013 DATA DE NASCIMENTO: 24/11/71 SEXO: Masc. RACIA/COR: B ETNIA:
E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 316 3312421142
NOME DA MÃE: Sebastiana Regina da Silva TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 16 91067237
NOME DO RESPONSÁVEL: Normando da Silva TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
TIPO DE LOGRADOURO: Benedita ENDEREÇO: Gerson da Souza, 100 BAIRRO: Almida III
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Itacuruba COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14806342

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 070110112358 SERVIÇO: 164001 CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: cardiaca de baixo QTD: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Pré-eclâmpsia Gestual CID10 PRINCIPAL: G7800 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto D. G. Almeida DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REPRESENTANTE DO CONSELHO): Dr. Roberto D. G. Almeida
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016284202353 CREDITO: 3157872-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Welham Pao Martins COD. ÓRGÃO EMISSOR: NOME DO PACIENTE: NORMANDO DA SILVA
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 17031136755501006 DATA: 01/09/2013 Nº: 3004774
DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30.09.13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Nº: 03513235519060

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: APAC CNES: 3004774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. Rua Batista nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Normande da Silva
Nº. Prontuário: 10667
Filiação: _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de banho com oreo de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 27/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

CREFITO: 3167872-F

Cópi:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

27/2/2014
Local e Data

Normande da Silva
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SAPS

CNES

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Valdomiro Abundo da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

10397

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89180023105020483

DATA DE NASCIMENTO

09/04/83

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

16 922546311

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

16 33312825

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Tercilia Maria da Silva

NOME DO RESPONSÁVEL

Valdomiro Abundo da Silva

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

Rua Domíngos Silva, 220

BAIRRO

Jd. Acapulco

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP 14840000

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07011010258

SERVIÇO

164001

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadeira de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tetraplegia espástica

CID10 PRINCIPAL

G824

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rogério D. G. Abimoraad

DATA DA SOLICITAÇÃO

21/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rogério D. G. Abimoraad
Fisioterapia e Ortopedia
CREFTO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91810016284802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Reis Martin

CÓD. ORGÃO EMISSOR

1730320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11703113675550006

VALDOMIRO ABUNDO DA SILVA
09/09/2013 10/09/2013

03513235520234

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30.09.13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SAPS

CNES

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Valdomiro Gilson da Silva
Nº. Prontuário: 10397
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: Ortês de punho e arco de popliteo
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 26/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Luiz Adriano Benício
FISIOTERAPEUTA
Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

26/02/14
Local e Data

B. Benício
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

201617171

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Marcelo Silva Pires

Nº DO PRONTUÁRIO

1489

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8918001011721625845

DATA DE NASCIMENTO

06/09/74

SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Mama de Lúndes Silva

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Mama de Lúndes Silva

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Av.

ENDEREÇO

Dr. João Pires de Camargo, 417

BAIRRO

Sta. Cíntia

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Crangapanã

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

5 P 1481029102

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0301010340

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadeira de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Dantas Gomes Abimorad

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael D. G. Abimorad

Fisioterapia

Traumatologia e Ortopedia

CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91510101162184180213513

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

0130320001

MARCELO SILVA PIRES

01/09/2013 - 30/09/2013

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11410101131671513101016

0351323551978-3

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11410101131671513101016

01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

SARA

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNS

201617171



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Marcos Silva Pires
Nº. Prontuário: 1489102
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: calça de lã especial adaptada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 6/13/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

CASA ORTOPÉDICA PHILADELPHIA
CNPJ: 07.17172-5

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/13/2014
Local e data

Marcos de S. Pires
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SIBRA

CNES

3064274

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Richard Ribeiro de Lima

Nº DO PRONTUÁRIO

10017

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

84980004329432152

DATA DE NASCIMENTO

10/04/85

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

16 33 29 13 7 11

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Maria do Prae Ribeiro de Lima

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Maria do Prae Ribeiro de Lima

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Rua Rodrigues Santo, 62

BAIRRO

Jd. Indaíba

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maranguara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14801000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010240

SERVIÇO

166

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Caminho de Pando

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Análise Central

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Zacarias D.G. Minamoto

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Zacarias D.G. Minamoto

Frad. Paulo e Artur

CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91800116284802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

RICHARD RIBEIRO DE LIMA

01/09/13 13:20:00 (13)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117031131617555010016

0351323552004 7

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30.09.13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 13:20:00 (13)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SUS

CNES

3064274



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Richard Ribeiro de Lima
Nº. Prontuário: 10017
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(X) auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de rodas especial adaptada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Morcira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 6/3/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/3/2014

Local e data

Clemente Morcira de Souza
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Catharina Padilha NÚMERO DO PROLUMÁRIO: 10136

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8918100011726193511 DATA DE NASCIMENTO: 01/09/37 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR N.º DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Antônia Colitti TELEFONE CELULAR N.º DO TELEFONE: 353341233

NOME DO RESPONSÁVEL: Catharina Padilha TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE: 1633333858

TIPO DE LOGRADOURO: rua ENDEREÇO: Paraná Rueta, 412 BAIRRO: Our Fandinha

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Amargosa COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 1301022

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 07101010258 SERVIÇO: 169001 CLASSE: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: cadeira de banho QTDE.: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hemiplegia CID10 PRINCIPAL: G810 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Júlia Andreza Góes DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Júlia Andreza Góes
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 91810001162873181615 CREFITO - 12139 TO

AUTORIZANTE

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins COD. ORGÃO EMISSOR: 1732032001 CATHARINA PADILHA
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 117101311316171515151010616 01/09/2013 - 30/09/2013
0351323551908-0

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): William Pio Martins 01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1175 - Vila Taubaté - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Catiana Ladeira

Nº. Prontuário: 10176

Filiação: _____ e _____

Equipamento: ☐ órtese

☐ prótese

☒ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga UF: SP

CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 19/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.
CEP: 31.97672-5

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Comprometo-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/12/2014

Local e Data.

Henri Lima A. Souza
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20697719

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Cláudia Soares

Nº DO PRONTUÁRIO

9527

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20018717281642010097

DATA DE NASCIMENTO

31/08/25

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Alexandrina Rita de Jesus

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

333344333

NOME DO RESPONSÁVEL

Cláudia Soares

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

333344333

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Jardim Puxado, 472

BAIRRO

Quintandinha

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araras

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14801029

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07010101021578

SERVIÇO

1641001

CLASS

1641001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Códica de bomba

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiplegia

CID10 PRINCIPAL

G810

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Anderson Souza

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Anderson Souza
Terapeuta Ocupacional
CREFITO3 - 13139 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

918101011628713181615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

11350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11710131131671515101016

CLÁUDIA SOARES
01/09/2013 20/09/2013

0351323551910-1

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura]

01/07/13 a 20/07/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

SARA

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

20697719



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia, 1.112 - Jd. Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Clarinda Gomes
Nº. Prontuário: 9529
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(X) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____
Data da entrega: 19/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/12/2014
Local e Data

Armeline A. Souza Neto
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SUS

CNES

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Maria de Jesus Alves da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

10133

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89180001170527877

DATA DE NASCIMENTO

18/01/40

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RAÇA/COR

N

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

TELEFONE CELULAR

DDD 16 3333 5999

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Isaltina Rodrigues

NOME DO RESPONSÁVEL

Maria de Jesus Alves da Silva

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Gaviões Peixoto, 472

BAIRRO

Quilandinha

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14801028

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010258

SERVIÇO

164031

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cuidado de Bombo

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiplegia

CID10 PRINCIPAL

G81

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D. G. Abimorad

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael D. G. Abimorad

Fisioterapia

Traumatologia e Ortopedia

CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

980016284802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

13503200

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1703113675550006

Nº DA AUTORIZAÇÃO

MARIA DE JESUS ALVES DA SILVA

18/01/2013 00:00:00

03513235520168

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30.09.13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SUS

CNES

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Mário de Jesus da Silva
Nº. Prontuário: 10133
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 9/2/2004

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação
CREPMO: 3187172-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2004
Local e Data

Henriete Lima A. Souza Neto
Usuário ou responsável

2064774

Gabriel Roberto da Silva
858.001.234 357.420 4/3/99 M B 10.406
Valeria Cristina Roberto da Silva 015163331-19.25
Valeria Cristina Roberto da Silva 0151699747-96.22
R. Engenheiro Jaime Pinheiro Ulhoa Anta, 60 J. Rg. Bairal
Bacacanga. SP 0320 SP 14.804.168

070 101 0240 264 001 Cadira de banho 01

Paralisia Cerebral 9800

Luiza Bassi Gonçalves 01.10.13
980016285078888

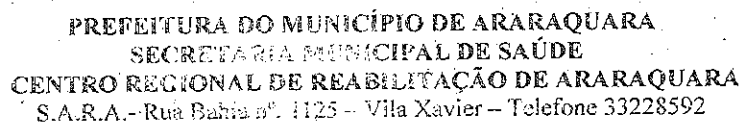
Luiza Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREITO 3103.113-F

William Pio Martins 135032001
170313675550006

GABRIEL TORRIGATTI DE JESUS
351062013 31/10/2013
03513235526845

SSRS

2064774



Valeria A. Bezerra
Usuário ou responsável

SARA

2064774

Thiago Tobias da Silva

10.089

898.003.234.371.806

4/9/06

M

B

Josiane Tobias de Oliveira

01516 99192.84.85

Josiane Tobias de Oliveira

R. PRL Luiz Rodrigues 560

João Rafael II

Maracana - SP

0320

SP

14800.000

0701010240164001 Ordem de banco 01

Paulina Azeite

9809

Luisa Bassi Gonçalves

01/10/13

MA

980016285078888

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFIO 3/103.113-F

William Rio Martins

M35032001

THIAGO TOBIAS DA SILVA
01/10/2013 31/10/2013

130313675550006

0351323552697.7

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Thiago Tobias da Silva
Nº. Prontuário: 100898
Filiação: 10300me 1051as Oliveira
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de banho adaptada

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

 / / (12 meses)

 / / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da entrega: 24/03/14

Data da prescrição: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Luiza Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/ avaliação.

DR. ROBERTO RODRIGUES
Médico
CRM 72402

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara 24.03.14
Local e data

Josiane Tobias de Oliveira
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2069774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Ana Jesus da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

11083

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

116011035861300006

DATA DE NASCIMENTO

27/09/1970

SEXO

Masc. ☐Fem. ☒

RAÇA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

11697

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

5751218

NOME DA MÃE

Maria Francisca de Jesus

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Ana Jesus da Silva

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Amazonas 566 Paredes

BAIRRO

Joa Xavier

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Anaraquara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14811066

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010258

SERVIÇO

164001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cautela de bambu

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tetraplegia

CID10 PRINCIPAL

G824

CID10 SECUNDÁRIO

C71

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Andreza Gola

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/2013

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Andreza Gola
T. Especialista em Fisioterapia
CREFIT 93 - 13339 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

71401011612187131181615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Wellian Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

1175032001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117101311316131515101016

ANA JESUS DA SILVA
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551892-5

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2069774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Am Jesus da Silva
Nº. Prontuário: 11083
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de rodas
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Garantia da mão de obra: 12 meses
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 19/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente:

Vanessa Silva Souza
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2016191779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Cida Maikon Luiz

Nº DO PRONTUÁRIO

10496

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

919810102101003101112511185

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Dora Lúcio Luiz

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Cida Maikon Luiz

DDD

TELEFONE DE CONTATO

116811294124

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

R. Engenheiro Ferraz, 554

BAIRRO

D. Luz Km

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Charaçuara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

0920 111801000

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

03101101103158

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduza de bônus

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tetraplegia

CID10 PRINCIPAL

G823

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Cinthia Silva

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91810101101218101118161615

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Cinthia Silva
Término Ocupacional
CREMOP - RJ

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rios Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

10330320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1171013111316131515101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FAIXA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

2016191779

ATIL A MAILON 1117
01/09/2013 - 20/09/2013

0351323551902-4

01/09/13 a 20/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNS

206417179

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Atila Maicon Luiz

Nº DO PRONTUÁRIO

10496

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

318101012701010131611411

DATA DE NASCIMENTO

25/01/85

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Diva Espino Luiz

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Atila Maicon Luiz

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

R.

ENDEREÇO

Engenheiro Furtado Jr. 554

BAIRRO

B. Guatemi

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araraquara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0920

UF

SP

CEP

14801093

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010223

SERVIÇO

164001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadeia maternidade

QTDE.

09

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tetraplegia

CID10 PRINCIPAL

G823

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Andrezza Silva

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Andrezza Silva
Fisioterapeuta Ocupacional
CREFITO 13339 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9181010111612181231181615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

10350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1710131131619151515101016

ATILA MAICON LUZ
01/09/2013 - 30/09/2013

03513235519013

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura]

[Assinatura]

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

SARA

ARTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNS

206417179



SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE ARAQUARA
 CENTRO REGIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE ARAQUARA
 S.A.R.A. Rua Coronel João Vitorino, 100 - Jd. Santa Cruz - Araquara - SP - CEP: 13.223-502

TERMO DE COMPROMISSO, CANCELAÇÃO E RESPONSABILIDADE

MENTE DE OUTROS, PRETENDI, OS DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Assinado: Étela Maiken Luiz
 Data: 10/09/16

Assinatura: () Original

() Promessa

(X) Assinatura de Responsável

Assinatura: Cadeiro de rodas motorizado (Ortelmas)

Fornecedor: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Rua: Centro

Araras

UF: SP

CEP: 13.420

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

CPF: 244.130.970-111

CNPJ: 01.638.588/0001-76

Responsável p/ construção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Assinatura: 10 de setembro

Carimbo do fornecedor: 12 de setembro

Assinatura: 12 de setembro

12 de setembro

12 de setembro

Assinatura:

Assinatura (ou assinatura)

Assinatura:

Data da entrega: 3/6/2014

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

DR. ROBERTO RODRIGUES
 Médico
 CRM 12002

Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Respeitando rigorosamente os prazos de manutenção e revisão, de acordo com cada tipo de equipamento. Estes prazos estão descritos nos manuais.

Manter os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para reabilitar o equipamento.

O equipamento mantendo a melhor sua desempenho físico, o

de-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contar com o apoio a fornecedor e da instituição responsável pela preservação, adequação e funcionamento do equipamento do

3/06/2014

Local e data:

Dina Ribeiro
 Usuário do equipamento



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Nílkia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Atala Marlon Luiz
Nº. Prontuário: 10496
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: aparelho de banco
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560, Bairro: Centro.
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/000155
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____
Data da entrega: 19/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014

Local e Data

Atala Marlon Luiz
Usuário ou responsável

SARA

2064774

Giovana Tabachi Crocco

11.057

888.000 189.471.095 16/7/01

Stela Maria Tabachi Crocco

01516 981.55 79.28

Stela Maria Tabachi Crocco

01516 3324.2586

Av. Luiz Seruvaldo 551, J. Imperador

Maracanana SP

0320 SP 14.806.194

0.701010258 164 001 caduna de banco 01

Analisa Cribal

680.8

Romulo Rodrigues

01/10/13

201554279080018

P. RODRIGUES
01/08/13 9/10/2013
CRA-12002

William Pio Martins

M350320001

GIOVANA TABACHI CROCCO
01/10/2013 31/10/2013

170313 675550 006

0351323552686 7

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A.- Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone: 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Giorgio Talachi Orsini
Nº. Prontuário: 11037
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(X) auxiliar de locomoção
Especificação: colete de lombar
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro.
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____ Data da entrega: 19/12/2014
Data da prescrição: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação:

CREFITO: 2137672-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/12/2014

Local e Data

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNPJ

20169779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Jefferson Bezerra Mesquita

Nº DO PRONTUÁRIO

10335

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20161621311121710101

DATA DE NASCIMENTO

25/10/97

SEXO

Masc ☒ Fem ☐

RAC/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Rozelaine Bezerra Mesquita

NOME DO RESPONSÁVEL

Rozelaine Bezerra Mesquita

TIPO DE LOGRADOURO

Av

ENDEREÇO

Logradouro Rodrigues Barreto 204

BAIRRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Amarante

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14311-167

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0101010258

SERVIÇO

164001

CLASS

codina de bandos

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

CID10 PRINCIPAL

G800

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 31/03.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

918101011621815101718181818

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

1035032001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11710131131617151510101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ

20169779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SUS

CNES

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Sandra Maria Damata

Nº DO PRONTUÁRIO

10420

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002385063125

DATA DE NASCIMENTO

26/02/75

SEXO

Masc.

Fem.

☒

RAÇA/COR

N

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Maira Amélia Damata

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Maira Amélia Damata

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

Rua

Alberto Gouveia, 236

BAIRRO

cd. São Rafael

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14801-900

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010240

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D. G. Abimovad

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael D. G. Abimovad
Fisioterapia e Ortopedia
CREFITO: 3/87672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

980016284802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

170313675550006

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SAPD

CNES

2064774



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Jefferson Pereira Mesquita
Nº. Prontuário: 10393
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção.
Especificação: cadeira de banho
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 19/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014

Local e Data

Jefferson Pereira Mesquita
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNS

SARA

20647779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Riquelme Barbosa de Lima

10979

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

898002323170084

18/04/08

Branco

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

Ana Maria de Jesus Barbosa Lima

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

Ana Maria de Jesus Barbosa Lima

16911077267

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

BAIRRO

Rua

Das Rosas, 89

B das Flores

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

Cariacás Peixoto

SP 13.313-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

0701010240

164004

cadeira de rodas

04

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

Paralisia Cerebral

G808

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (BESOLHO DO CONSELHO)

Rafael Dias de Jesus

12/07/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91900016284802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

William Pio Martins

133520001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11701311316151550101016

RIQUELME BARBOSA DE LIMA
01/09/2013 10/09/2013

0351323552006-9

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

20/09/13

[Assinatura]

20/09/13 a 20/10/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNS

[CNS]

SARA

20647779



PREFEITURA DE MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIZAÇÕES DE ARARAQUARA
SALA 302 - RUA DO COMÉRCIO, 100 - VILA NOVA - Fone: 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: *Regulme Barbosa de Sousa*

Nº. Promitório: *10978*

Filiação:

Equipamento: () órtese

() prótese

(X) auxiliar de locomoção

Especificação: *Cadeira de rodas adaptada*

Empresa fornecedora: *Jacomo Aricó Júnior*

Endereço: Av. Peijó

Nº 625

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

UF: SP

CEP: 14801-110

Telefone: 16- 33227397

FAX: 16- 33227397

Insc. Estadual: 181.125.290.118

CGC: 01.896.793/0001-20

Técnico responsável p/ confecção / montagem: *Pábio Lucas de Godoi*

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data da entrega: *4/4/2014*

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

[Assinatura]
Responsável pela prescrição/avaliação.

[Assinatura]
Data: 04/04/2014

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

4/4/2014

Local e data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20619774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Fabio Luiz Suplicio Nº DO PRECATÓRIO: 6767
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 209630052560008 DATA DE NASCIMENTO: 20/4/83 SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐
 E-MAIL PARA CONTATO: _____ RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____
 NOME DA MÃE: Roseli Aparecida Suplicio DDD: _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____
 NOME DO RESPONSÁVEL: Fabio Luiz Suplicio DDD: _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Prof. Clemente S. Pinho 658 DDD: 16 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 33914358
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Aracaju BAIRO: Vila Nova
 Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SE CEP: 14810286

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 03011010223 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caducia mstrizada QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Osteomielite Impurificada CID10 PRINCIPAL: B780 CID10 SECUNDÁRIO: _____ CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____
 OBSERVAÇÕES: _____

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Julia Andreza Goria DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 9181010116218713118161615 Julia Andreza Goria
Tempo de Exercício
CREFITOS - 13335 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William do Mouro Cód. Órgão Emissor: 133032001 FABIO LUIZ SUPLECIO
 01/09/2013 - 30/09/2013
 0351323551929.9
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 133032001
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____ FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20619774



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário:

Nº. Proftuario:

Afiliação:

Equipamento: () Ortese

() Prótese

() Auxiliar de locomoção

Especificação:

Empresa fornecedora: Jacomo Arico Junior

Endereço: Av. Feijó

Nº 625

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

UF: SP

CEP: 13801-110

Telefone: 16- 33277397

CAS: 16- 33277397

Insc. Estadual: 181.125.290.118

CRT: 01.806.795/0001-20

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Fábio Lucas de Godoi

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisão: / / (6 meses)

(12 meses)

(18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data da entrega: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Responsável pela prescrição/ avaliação:

Obs:

- Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
- Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente

18/06/2021
Local e data

Roseli - Cp. Suplecio
Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1.125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Amo Mario do Conceição
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: () ortese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de banho - velcro móvel adaptada
Empresa fornecedora: Wendellia da Costa Perceira
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 26/03/14

Local e Data

João Guirelli Junior

Usuário ou responsável

RG. 17238823

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARS

CNPJ

20647774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Silvino Bifurco

Nº DO PRONTUÁRIO

7558

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

998000170539948

DATA DE NASCIMENTO

20/01/39

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

16 33317087

NOME DA MÃE

Ana Santiago Polino Moura

DDD

TELEFONE CELULAR

NOME DO RESPONSÁVEL

Silvino Bifurco

DDD

TELEFONE DE CONTATO

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

Rua Dr. José P. Camargo 251

BAIRRO

Santa Angelina

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Dionópolis

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14802040

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010258

SERVIÇO

164001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Academia de Danço

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Amputação transmembral

CID10 PRINCIPAL

S78.1

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D. G. Almeida

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael D. G. Almeida

Fam. Médica e Cirurgião

CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9800016284802353

AUTORIZANTE

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pas Martins

CÓD. ORÇÃO EMISSOR

123033000

SILVINO BIFURCO
01/09/2013 - 30/09/2013

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

17031136755500016

03513235520124

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30.09.13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura]

CNPJ

20647774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ

20647774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Flávio Bifurco
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de bambu q/ aro de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 26/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO GARLUPP
FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

26/02/14

Local e Data

Bifurco

Usuário ou responsável

SARA

2069774

Emerson de Souza

7724

898000521359971

01/12/79 m

82.

Regina Cilia de Souza

16 997418263

Emerson de Souza

16 997418263

Rua Prof. Gustavo F. Charmillet, 517 Jd. Paraíso

Anaraguara

0020 SP K804-012

0701010207164001 Cadura menobloco 01

Paraplegia Espástica

G82.1

Luisa Bassi Gonçalves 01/10/13

980016285078888

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3/103.113-F

William Pio Martins M350320001

EMERSON DE SOUZA
01/10/2013 - 31/10/2013

170313675550006

0351323552665 R

SARA

2069774

SARA

2064774

Emerson de Souza

7724

89800521359977 01/12/79 M BR

Régina Célia de Souza

16 997418263

Emerson de Souza

16 997418263

Rua Prof. Gustavo F. Charmillot, 517 Jd. Encenso

Ararasuana

0320 SP K884-012

0701010258 164001 Caduira de banco 01

ano de propulsor

Paraplegia Espástica G8.1

Luisa Bassi Gonçalves 01/10/13
980016285078888

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 31103 113-F

William Pio Martins

M350320021

EMERSON DE SOUZA
01/10/2013 - 31/10/2013

170313675550006

0351323552666 9

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário:

Emerson de Souza

Nº. Prontuário:

Filiação:

Equipamento: () órtese

() prótese

() auxiliar de locomoção

Especificação:

Cadeira de banho d' arco de propulsão

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Nº. 1560

Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga

UF: SP

CEP: 15900-000

Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111

CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ___/___/___ (6 meses)

___/___/___ (12 meses)

___/___/___ (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: ___/___/___

Data da entrega: 21/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ANTONIO BARRAL

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

21/02/14

Local e Data

Emerson de Souza

Usuário ou responsável



PRONTO-SOLUÇÕES DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS
 C/DAVIAÇÃO PARA O INTERIO DO ESTADO DE SÃO PAULO
 FICANDO EMPLACADA EM: RUA DE SÃO CARLOS, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - ARARAQUARA - SP
 FONE: (14) 302-1118 - FAX: (14) 302-1119

TERMO DE ENTREGA DE EQUIPAMENTO, C/DAVIAÇÃO PARA O INTERIO DO ESTADO DE SÃO PAULO

REMOBILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO, PRETENSÃO DE LEMBRANÇA DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTO

Nome do usuário: Emerson de Souza

Nº Prontuário:

Filiação:

Equipamento: ☐ órtese

☐ prótese

☒ auxílio de locomoção

Especificação: Cadeira de rodas manual

Empresa fornecedora: Jacomio Anicó Júnior

Endereço: Av. Fênix

Nº 618

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

135-50

CEP: 14801-140

Telefone: (14) 302-1118

Cidade: Araraquara

Ins. Estadual: 181-125-290-118

CNPJ: 06.907.705/0001-29

Técnico responsável p/ confecção/montagem: Felipe Roberto da Silva

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da obra de obra: 18 meses

Data de revisão: 1/1/11 (6 meses)

1/1/11 (6 meses)

1/1/11 (6 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição:

Data da entrega:

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO CARLIPPE

FISIOTERAPEUTA

Responsável: CRM: 3126296-PR

DR. ROBERTO RODRIGUES
Médico
CRM 7208

1. Os componentes do equipamento só devem ser utilizados de acordo com a prescrição e o manual de uso. O usuário não deve fazer qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento, pois isso prejudicará o funcionamento e a garantia.
2. O usuário deve, obrigatoriamente, os prazos de manutenção e revisão, de acordo com cada tipo de componente, para os prazos estabelecidos.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica da empresa fornecedora, que é responsável pelo equipamento e responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destina-se a melhorar a qualidade de vida do usuário.

Eu

Comprometo-se a zelar pelo referido equipamento, bem como a manter a mesma em bom estado de conservação, bem como a manter a mesma em bom estado de conservação, bem como a manter a mesma em bom estado de conservação.

08/05/2014

Local e data

Alex Sandro da Silva

Assinatura do responsável

SRIS

3064774

Josivaldo José de Santana 9665
200.783.562.070.000 2/10/86 M B
Heróides de Oliveira de Santana 01516 3337-60-26
Heróides de Oliveira de Santana 01516 3337-41 43
Av Mario Rosito, 19 P R São Paulo
Neoragnara - SP 0320 SP 14811-515

070 1010258 164 001 cadina de banho CI

Paralisa Anibal

6809

Luisa Bassi Gonçalves 01.10.13
980036285078 888

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3/103.113-F

William Pio Martins

1135032001

JOSIVALDO JOSE DE SANTANA
01/10/2013 01/10/2013

170313675550 006

0351323552689 0



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone: 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Joivaldo José de Santana
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____ e _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho 1 ano de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 20/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIZ ANTONIO DE SANTANA
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 8115240-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

20/02/14

Local e Data

Joivaldo José de Santana
Usuário ou responsável

SARA

2064774

Archa Maria do Nascimento 11120

709 601623498271 15/06/62 F P

Nita Anunciada Filha

Archa Maria do Nascimento 16 99724-1152

R. Jurandir Rios Jacson, 244 Hortências

Araraquara 0320 SP 14808-528

0701010223 164001 caduira motorizada 01

Hemiplegia Espástica G81.1

Luisa Bassi Gonçalves 01/10/13
980016285078888

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3/103.113-F

Willican Rio Martins M350320001

ADIA MARIA DO NASCIMENTO
11/10/2013 11/10/2013

170313 675 550 006

0351323552655 9

SARA

2064774

SARA

2064774

Aidia Maria do Nascimento

11120

709601623498271

15/06/62

F

P

Neta Anunciada Filha

Aidia Maria do Nascimento

10

997241152

Av. Jurandir Rios Gargani, 244

Hortências

Aracaju

0320

SP

14808-528

0701010258164001 caduira de bambu 01

Hemiplegia espástica

G81.1

Luisa Bassi Gonçalves 01/10/13

980016285078888

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREITO 3/103.113-F

William Pio Martins M350320001

170313675550006

WILLIAM PIO MARTINS

03513235526560

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Cidália Maria do Nascimento
Nº. Prontuário: 1150
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira motorizada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 03/06/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LOU ANTONIO LAMOTTE
FISIOTERAPISTA
CREFIM: 31195246-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

03/06/2014
Local e data

A. M. do N.
Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Cida Maria de Nascimento
Nº. Prontuário: 11120
Filiação: _____ e _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de Banho
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Garantia da mão de obra: 12 meses
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 19/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Dr. Rafael O. S. Ribeiro
Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

João Guirelli Junior
Usuário ou responsável

SARA

2064774

Diego Delino Rodriguez

10475

160.822.010.420.004

21/7/90 M

3

Esther Delino Rodriguez

01516 997 09 04 53

Esther Delino Rodriguez

01516 997 23 70 76

AV Novecento Luan Telha, 400 J. Soares

Americo Brasileiro - SP

SP 14820.000

0.701 010223 16.4004 cardura motorizada 01

Tetraplexia Espastica

G824

Roberto Rodriguez

01/10/13

20155427908001 8

William Lu Martins

M330320001

170313675550006

DIEGO DELINO RODRIGUEZ
01/10/2013 21/10/2013

0351323552681 2

SARA

2064774

SARA

2064734

Diego Delfino Rodrigues

10475

160.022.060 420.0040 07/3/90 M

8

Esther Delfino Rodrigues

01516 99704.04.53

Esther Delfino Rodrigues

01516 99725.76.96

Av. Nereus Lavan. Lote 400 J. Rio ps

Americo Brasileira SP

SP 14.820.000

070 1010258 164 001 cadura de banco 01

Tetraplegia Espástica

6824

Roberto Rodrigues

01/10/13

201554279 080018

Dr. Roberto Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 72007

William Lio Martins

M350320001

DIEGO DELFINO RODRIGUES
01/10/2013 11:30:00

130313 675 550 006

0351323552680-1

[Signature]

SARA

2064734



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Diego Relfin Rodrigues

Nº. Prontuário: 040475

Filiação: _____ e _____

Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga UF: SP

CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: 19/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação:

Assinatura: 3187672-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014

Local e Data

Diego Relfin Rodrigues

Usuário ou responsável

SARA

2064774

Marcelo Henrique Batista

10652

898002318066657 14/07/87 M

BR

Wilma Aparecida V. Baptista

16 33921448

Marcelo Henrique Batista

16 33921448

Rua Padre Francisco Cultunato, 1060 Vila Cerqueira

América Brasileira

SP 14820000

0701010223 164 001 Cadena motorizada 01

Tetraplyia Espartica

6824

Luisa Bassi Gonçalves 01/10/13
980016285078888

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFID 31403-113-F

Willian Pio Martins 17330320001

MARCELO HENRIQUE BATISTA
01/10/2013 31/10/2013

170313675550006

03513235526591

SARA

2064774

SARA

2064774

Marcelo Henrique Batista

10652

898002318066657

14/07/87

M

BR

Wilma Aparecida V. Baptista

16

3392448

Marcelo Henrique Batista

16

3392448

Rua Padre Francisco Cultuato, 1060 Vila Curquira

América Brasileira

SP 14820000

0701010258164001 caduira de bombo 01

Tetraphylla Española

G824

Luisa Bassi Gonçalves 01/10/13

980016285078888

AA

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 3/103.113-F

William Du Martins M350320001

MARCELO HENRIQUE BATISTA
05/10/2013 31/10/2013

170313675550006

03513235626603

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Marcelo Henrique Batista

Nº. Prontuário: 10632

Filiação: Wilma Aparecida Batista Antonio Carlos Batista

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas motorizada

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ___/___/___ (6 meses)

___/___/___ (12 meses)

___/___/___ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ___/___/___

Data da entrega: 22/06/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Lúcia Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFIO 3/103.113-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

AAA, 02/06/14.

Local e data

Wilma Aparecida Batista
Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Marcelo Henrique Batista
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: codiço de braço U ao de pro pulso
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.:

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 19/04/14

Local e Data

MARCELO H. BATISTA

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **20614774**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Alan Paulo Braga de Oliveira** Nº DO PRONTUÁRIO: **10328**
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **2063520518280007** DATA DE NASCIMENTO: **26/10/1999** SEXO: **Masc.** RACIA/COR: **3** ETNIA:
E-MAIL PARA CONTATO:

NOME DA MÃE: **Rosângela Ap. Braga de Oliveira** Nº DO TELEFONE: **1698637403**
NOME DO RESPONSÁVEL: **Rosângela Ap. Braga de Oliveira** Nº DO TELEFONE:
TIPO DE LOGRADOURO: **Rua** ENDEREÇO: **Dos Irmãos, 741** BAIRRO: **Ja. Primavera**
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Americo Brasileiro** Cód. IBGE MUNICÍPIO: **5P** UF: **14** CEP: **8200000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0701010223** SERVIÇO: **164** CLASS: **001** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **caduária motorizada** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Tetraplegia** CID10 PRINCIPAL: **G824** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Roberto Rodrigues** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/11/2013** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **201554279080018**

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Wallian Rio Martins** Cód. Órgão Emissor: **M350340001** Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **1710131131675550006**
DATA DA AUTORIZAÇÃO: ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
ALEX PAULO BRAGA DE OLIVEIRA
03513235531795

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (E)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Alex Paulo Braga de Oliveira
Nº. Prontuário: 10528
Filiação: _____

Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira motorizada

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro

Cidade: Campinas UF: SP

CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: 02/06/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREITO 3/103 143-F

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento de equipamento ao paciente.

02/06/14

Local e data

Rafael da C. Braga Vieira
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARH CNES: 3069779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Kely Regina da Silva Nº DO IDENTIFICADOR: 10812
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 21011315973131101002 DATA DE NASCIMENTO: 06/07/87 SEXO: Masc. RAÇA/COR: Br ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR:
 NOME DA MÃE: Manilde Costa Lima DDD: 16 TELEFONE CELULAR: 3313715323
 NOME DO RESPONSÁVEL: Manilde Costa Lima DDD: TELEFONE DE CONTATO:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Antônio Negrini, 48 BAIRRO: Itimérica
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caracarama COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14811135

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 47011010258 SERVIÇO: 169 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduca de banho QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G809 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Bassi Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 98101011628510178181818 FISIOTERAPEUTA CREFITO 3/103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Rio Martins COD. ÓRGÃO EMISSOR: M35092001 KELY REGINA DA SILVA
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 71210131131617151510101016 0351323551967-3
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/07/13 a 30/07/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARH CNES:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A.- Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Kely Regina da Silva
Nº. Prontuário: 10812
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banda
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 11/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIZ ARMANDO OLIVEIRA
FISIOTERAPEUTA
CRP 3126240-1

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014

Local e Data

Marcelo Costa Lima

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20161774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Elvio Trentin Junior

Nº DO HISTÓRICO

01771

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

851810023521032816.022188

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

BR

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Aparecida Jovena S. Trentin

NOME DO RESPONSÁVEL

Elvio Trentin Junior

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

16 3396 1222

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Benedito Martins, 1526

BAIRRO

D. Esperança

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Lucia

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14825000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

031011010258

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de banho

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Amputação transfemoral

CID10 PRINCIPAL

S881

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Cindeza Garcia

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Cindeza Garcia
Tema 1330 TO
CREBIO 1330 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

918101011628131181665

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Wilelan Rio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

1235032005

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1131013113161515101016

ELVIO TRENTIN JUNIOR
01/09/2013 30/09/2013

03513235519288

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

SARA

20161774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Elvio Trentin Junior

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

Especificação: Auxiliar de locomoção

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga UF: SP

CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111 CCC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi avaliado e está de acordo com a prescrição.

LUÍZ ANTONIO
FISIOTERAPISTA
CREFITO: 31128246-7

Responsável pela prescrição/ avaliação.

DR. ROBERTO ROBINHO
Médico
CRM 12.4002

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 03/02/14

Local e Data

Elvio Trentin Jr

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SALA

CNES

206410179

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Vitória Carolina Faria

Nº DO PROMTÚRIO

10499

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

391810010111051061128

DATA DE NASCIMENTO

06/09/00

SEXO

Masc.

Fem.

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Paula Carolina A. Faria

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Paula Carolina A. Faria

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

RUA

ENDEREÇO

Rua Francisco Raimundo, 402

BAIRRO

R. Ig. A. Faria

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

PE 51914808-037

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

03010110258

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cardiologia de Emergência

QTDE

09

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Roberto Rodrigues

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

201113113163151515101016

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William P. Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M750320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1151013113163151515101016

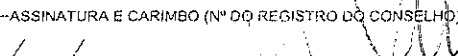
VITÓRIA CAROLINA FÁRIA
01/09/2013 08:09:01

035132352031 1

DATA DA AUTORIZAÇÃO

02/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SALA

CNES

206410179



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Vitorino Cassiano Ferver

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____

Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas / o de propulsão (bambu)

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga UF: SP

CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ANTONIO GARCIA
FISIOTERAPEUTA
CREITO: 30/02/2002

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara
30/02/2002

Local e Data

Paula Carolina de A. Lome

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 210697174

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: João Claudio de Freitas Nº DO PRONTUÁRIO: 109103
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 341810101216114137159701 DATA DE NASCIMENTO: 21/11/94 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.
 RAÇA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Leonor Calefi de Freitas DDD: 16 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 333512171
 NOME DO RESPONSÁVEL: João Claudio de Freitas DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Alameda Junqueira, 238 BAIRRO: Vale do Sol
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Araraquara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0322 UF: SP CEP: 14809-090

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 01701101102158 SERVIÇO: 164 CLASS: 0101 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadaver de membro QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Amplicação transfemoral CID10 PRINCIPAL: S781 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luísa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luísa Bassi Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 51810101162181510788888 FISIOTERAPEUTA CREFITO 3/103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 135032001 JOSE CLAUDIO DE FREITAS
 01/09/2013 20/09/2013
 03513235519629
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11710131131617151510101016
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 210697174



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Ismael Claudio de Freitas
Nº. Prontuário: 110903
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 12/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição: Ismael Claudio de Freitas
CREPRO: 31.27572-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014
Local e Data

Ismael Claudio de Freitas
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 2069774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Janete Alves da Silva Nº DO PRONTUÁRIO: 11009

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 89181002712421761509 DATA DE NASCIMENTO: 01/02/57 SEXO: Masc ☒ Fem ☐ RAÇA/COR: BR ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Alceu de Sena da Silva DDD: 16 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 33220788

NOME DO RESPONSÁVEL: Janete Alves da Silva DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Travessa de Paulo, 252 BAIRRO: Vila Xavier

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Ciraciguara COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 19801000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0701010258 SERVIÇO: 104 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: acitura de bomo QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G808 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Bassi Gonçalves

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 918100116285078888 FISIOTERAPEUTA CREFITO 3/103 113

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins COD. ORGÃO EMISSOR: 1135032001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11710131131615151510101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

JANETE ALVES DA SILVA
01/09/2013 10:00:11
0351323551950.8

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Balsa 27 - 125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: francine Theodora Torres
Nº. Prontuário: 11009
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 17/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição e avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/2/2014
Local e Data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

219691779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Mathews Fernandes Barreto

Nº DO PRONTUÁRIO

10104

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89750021380169847

DATA DE NASCIMENTO

11/09/1972

SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Liliana Aparecida Fernandes

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Liliana Aparecida Fernandes

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Av

ENDEREÇO

Catalandura, 85

BAIRRO

B. Cima

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Charaçuara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0322

UF

SP

CEP

14911400

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07011010258

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadeira de banho

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tetraplegia

CID10 PRINCIPAL

G829

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

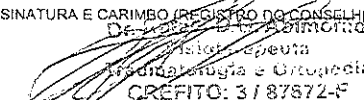
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Barros Guimarães Obregoni

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)


CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9730016284802353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pin Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M350310001

MATEUS FERNANDES BARRETO
11/09/2013 10/09/2013

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

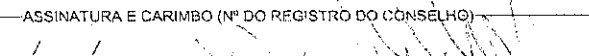
9730016284802353

03513235519904

DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

219691779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário:

Nº. Prontuário:

Filiação:

Equipamento: () órtese

() prótese

() auxiliar de locomoção

Especificação:

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Nº. 1560

Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga

UF: SP

CEP: 15900-000

Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111

CCC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ___/___/___ (6 meses)

___/___/___ (12 meses)

___/___/___ (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: ___/___/___

Data da entrega: 17/03/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO GARCIA
FISIOTERAPEUTA
CREITO: 31729240-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

DR. ROBERTO ROSSO
Médico
CRM 12002

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data.

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: UNED CNES: 30164774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Rosângela Dourado Nº DO PRONTUÁRIO: 11852

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 97810021100906129 DATA DE NASCIMENTO: 08/01/62 SEXO: Fem RAÇA/COR: B ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 1632146557

NOME DA MÃE: Pauline de Freitas Dourado TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 1691194237

NOME DO RESPONSÁVEL: Rosângela Dourado TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

TIPO DE LOGRADOURO: rua ENDEREÇO: R. José F. Rato, 154 BAIRRO: V. Graça

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Itapetininga Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14810425

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 07K1010258 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: oculção de dente QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Distrofia muscular CID10 PRINCIPAL: G710 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Rosângela D. G. Dourado DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 97810021100906129 CREFITO: 3187872-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Wellian Pao Machado Cód. Órgão Emissor: 1350320001 NOME DO ESTABELECIMENTO: DOSMARE LUBRIFICOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1170311367515101010 DATA: 01/09/2013 30/09/2013

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): DATA: 01/09/13 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: UNED CNES: 30164774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SUS

CNPES

30164774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Rosmari Lourenço

Nº DO PRONTUÁRIO

10832

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898 003 110 99 06 11 29

DATA DE NASCIMENTO

08/01/62

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RAÇA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

16 32 14 65 57

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Sauloide de Freitas Lourenço

DDD

16 91 19 41 23 17

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Rosmari Lourenço

DDD

16 91 19 41 23 17

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Jari Fernandes Brada, 154

BAIRRO

Jardim Garçon

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Mauá

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14210425

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

U70 110 10 2 2 3

SERVIÇO

104 001

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadeira motorizada

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Distúrbio muscular

CID10 PRINCIPAL

G710

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D. G. Obimwachi

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura e Carimbo
Tecnologia e Qualidade
CREFITO: 318762-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

898 003 110 99 06 11 29

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Piz Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

935032000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

898 003 110 99 06 11 29

ROSAMARI LOURENÇO
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323552008-0

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30.09.13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SUS

CNPES

30164774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 112 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário:

idário:

nto: () ortese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

ção:

omecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32371428

FAX: (19) 32313689

lual: 244.589.970-111

CGC: 01.638.583/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

los componentes: 18 meses

visões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

/ / (18 meses)

i Prescrição:

el pela prescrição:

crição: / /

Data da entrega: / /

o: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIZ ANJANO GARRINHA
FISIOTERAPEUTA
CREMIO 3112822-1

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Dr. ROBERTO RODRIGUES
Médico
CRM 72002

s componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o
ncionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima.

omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

cio-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

Assinatura, data

Assinatura

Local e data

Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Rosângela Xavier

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____ e _____

Equipamento: ☐ órtese

☐ prótese

☒ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas e corrimão de propulsão

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga UF: SP

CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO CARLIPPE
FISIOTERAPEUTA
CREITO: 21128240-E
Responsável pela prescrição/avaliação.

DR. ROBERTO CORRÊA
Médico
CRM: 7.1002

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 14/02/94

Local e Data

Rosângela Xavier
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2106197779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

João Vitor Mascarenhas de Oliveira

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

391810010981109119615

DATA DE NASCIMENTO

09/04/97

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Fabiana Mascarenhas

NOME DO RESPONSÁVEL

Fabiana Mascarenhas

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Pedro José Dawson 2365

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araraquara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0340

UF

SP

CEP

14.800-300

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0170110110258

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadura de barbas

QTDE.

07

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paraplexia

CID10 PRINCIPAL

G820

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Luisa Bassi Gonçalves

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

931010116421815017181818

FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3/103.113-F**AUTORIZAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1171013113161515150101016

JOÃO VITOR MASCARENHAS DE
OLIVEIRA

0351323551958 5

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2106197779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Bão Vito Mascaroni de Oliveira
Nº. Prontuário: 10934
Filiação: Jabiana Mascaroni e Manoel Antônio de Oliveira
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira p/ banho com arco propulsor
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Garantia da mão de obra: 12 meses
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data da entrega: 02/04/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Eusa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CRF 1031103-113-F
Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

ATA, 02/04/14

Jabiana Mascaroni
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SAR-A CNES: 201617779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Larissa Costa de Oliveira Nº DO PRONTUÁRIO: 11092

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 20103380859710005 DATA DE NASCIMENTO: 12/08/95 SEXO: ☐ Masc. ☒ Fem. RAÇA/COR: P ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: ODD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Claudete de Souza Costa DUO: 1099749435 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DO RESPONSÁVEL: Claudete de Souza Costa DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: For dos Santos, 644 BAIRRO: Solim De III

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Laranjeiras Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14800-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0701010240 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadaver de bombeiro QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hemiplegia CID10 PRINCIPAL: G811 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Bassi Gonçalves

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 978101011621850781888 FISIOTERAPEUTA CREFITO 3/103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 173032000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1171031131617515101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: SAR-A FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES: 201617779



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Benedito 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

ALUGUELO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Paula Costa de Oliveira
nº: 11592

tipo: ☐ ortese
☐ prótese
☐ auxiliar de locomoção

marca: Cardinal de Paulo adaptada
fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda.
Rua Luzitana Nº 1446 Bairro: Centro
Campinas - SP

CEP: 13-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Fone: 244.589.970/111 CGC: 01.638.522/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
tempo componentes: 18 meses

revisões: 1 / 1 / 1 (6 meses)

Prescrição: 1 / 1 / 1 (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses
(18 meses)

Validade pela prescrição:

Validade da prescrição:

Data da entrega: 27/03/14

O equipamento acima descrito foi entregue e está de acordo com a prescrição

LUIZ ANTONIO SANTOS
FISIOTERAPISTA
CREFITO: 31713240-F

Responsável pela prescrição/avaliação.

Dr. Roberto Roberto
Médico
CRM 72002

Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

usuário deve zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

27/03/14
Local e data

Paula Costa de Souza
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SANKA** CNES: **2067773**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Leiana Rosa Rodrigues** Nº DO PRONTUÁRIO: **10961**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **898101299738119134** DATA DE NASCIMENTO: **17/10/12** SEXO: ☒ Masc. ☒ Fem. RACIA/COR: **32** ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: **DDD**
 NOME DA MÃE: **Luchiane Rosa** TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: **DDD**
 NOME DO RESPONSÁVEL: **Luchiane Rosa** TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **DDD** **1697781098**
 TIPO DE LOGRADOURO: **AV.** ENDEREÇO: **Dionísio Sabatelli, 900** BAIRRO: **Boa Vista**
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Chavaguará** Cód. IBGE Município: **0320** UF: **SP** CEP: **14801-000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **010110120231** SERVIÇO: **164** CLASS: **001** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Cadufira de bombe** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Encefalopatia Cerebral** CID10 PRINCIPAL: **G808** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Luisa Bassi Gonçalves** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): **Luisa Bassi Gonçalves**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **98101011628510788888** FISIOTERAPEUTA CREGITO 31103.113.5

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William Pio Martins** Cód. Órgão Emissor: LORENA ROSA RODRIGUES
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/2013 - 30/09/2013
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **11710131131615155101006** 0351323551974-0
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)
 CNES DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: **SANKA** FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Laiana Rosa Rodrigues

Nº. Prontuário: 10961

Filiação: Lidiane Rosa

e Valdecir T. Rodrigues Filho

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: Cadeira de rodas expansa

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

 / / (12 meses)

 / / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data da entrega: 07/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. Lidiane Rosa

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara 07 fevereiro 2014
Local e data

Lidiane Rosa
Usuário ou responsável

SARA

2069774

Meixor Buglari

10454

898 050 000 150.958 14/5/82 M

8

Eta de Cassia Buglari

01518 98161-0975

Eta de Cassia Buglari

R. das Ilambayantes 411 J. Ramôvera

America Brasileira SP

R 14820.000

0701010240164001 cadencia de banco 01

Paralixia Cubral

6809

Perinto Rodriguez

20155427908001-8

Dr. Roberto R.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 12202

William Pio Martins

M350320001

ALFEGO BRIZOL ALB
01/10/2011 21/10/2011

170313075550006

0351323552670 2

SARA

2069774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Cleirio Brizolari
Nº. Prontuário: 10454
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(X) auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de rodas especial adaptada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 6/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.
Dr. Roberto D. Engles
CRM: 31075/2-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/3/2014

Local e data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

SARA

2064779

Patricia Lima dos Santos

10427

003.533.059.490.018 1/12/95 F B

Rosalia Justimiana da Exaltacao 01516 99/04/258

Rosalia Justimiana da Exaltacao 01516 99/04/27 94 34

R. Toledo Roga, 10 Bl B Aq 04 J. das Juntas Leden

Americo Brasilense SP 14.820.000

0701010240164001 caduna de bomba 01

CONDIÇÃO DE PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

CONDIÇÃO DE PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

CONDIÇÃO DE PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

CONDIÇÃO DE PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

CONDIÇÃO DE PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

CONDIÇÃO DE PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

CONDIÇÃO DE PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

CONDIÇÃO DE PROFISSIONAL SECUNDÁRIO

Paralima Cubral

6809

Roberto Rodrigues

01/10/13

201554279080018

Dr. Roberto Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 30807

William Pio Martins

M330320001

PATRICIA LIMA DOS SANTOS
01/10/2013 14:16:00

03513235526955

170313675550006

Assinatura

SARA

2064779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Patricia Lima dos Santos

Nº. Prontuário: 10432

Filiação: Benedita Justina de Souza

Jeni Lima dos Santos

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de banho adaptada (APAC)

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

 / / (12 meses)

 / / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data da entrega: 11/03/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara 11/03/14

Local e data

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

201641279

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Justino Dias de Moura

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

80114131413170131313181419

DATA DE NASCIMENTO

11/07/79

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Valtina Dias de Moura

NOME DO RESPONSÁVEL

Justino Dias de Moura

TIPO DE LOGRADOURO

R

ENDEREÇO

Cilén Gonçalves Bulcão

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Aracaju

BAIRRO

P. Maria Junga

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SE

CEP

54145050

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

013101101102410

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de banco

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Demencia

CID10 PRINCIPAL

F03

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

RS

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFATO 31103.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91810101161218151017181818

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

1730320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117101311131613151515101018

DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/05/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

JUSTINIANO DIAS DE MOURA
01/09/2013 20/09/2013

03513235519662

01/07/13 a 20/07/13



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Justino Dias de Moura

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____ e _____

Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de bambu adaptada

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro

Cidade: Campinas UF: SP

CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Cleimete Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses
11/03/17 (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

11/03/17
Local e data

MARCIN BORGES
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Pietra Tortora Rozano

Nº DO PRONTUÁRIO

01972

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191810100423418216112

DATA DE NASCIMENTO

02/11/04

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RACIA/COR

5

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Neusa Tortora

NOME DO RESPONSÁVEL

Neusa Tortora

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Prof. Virgílio J. Quintaro, 935

BAIRRO

Sta Imeldina

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barraquara

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14802090

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010240

SERVIÇO

164001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadeira de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

CID10 PRINCIPAL

9809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D.G. Abimorad

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael D.G. Abimorad
Fisioterapeuta
Traumatologia e Ortopedia
CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

918101162841802353

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pius Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

M330320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117103136755550006

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Vitor Tereza Lopez

Nº. Prontuário: 9972

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas adaptada especial

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

 / / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

 / / (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: / /

Data da entrega: 6/3/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Assinatura: _____

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/3/2014

Local e data

Andresson J. Lopez

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

SARA

2064779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Vitor Hugo Albuquerque da Mota

1052

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RAÇA/COR

ETNIA

39181010241808597703

29/03/02

Masc. ☒ Fem. ☐

BR

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

Jezuzinha Ap. C. Barbosa Celestino

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

Jezuzinha Ap. C. Barbosa Celestino

116313171489

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

BAIRRO

Rua Eng. Ag. Nivaldo Lube, 294

40. Estações

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

Cruzeiro

330

5414810325

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

0341010240

189001

cadeira de banho

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

Paralisa cerebral

G804

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Roberto Rodrigues

01/09/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

21014554279080018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

VITOR HUGO ALVARENGA DA
110332013 30/09/2013

William do Martins

1155032001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

112031363550016

03513235520300

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

30/09/13

[Assinatura]

01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

[CNS]

SARA

2064779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SAKA CNES: 20647774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Gabriel de Oliveira Borges Nº DO PRONTUÁRIO: 10039
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8718001123413719154 DATA DE NASCIMENTO: 17/08/07 SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐
 RAÇA/COR: ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Laudiciana Maximo de Oliveira DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Laudiciana - avó DDD: 16 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 91176152242
 TIPO DE LOGRADOURO: M. ENDEREÇO: Dionísio Selavelli, 71 BAIRRO: S. Frederico
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Curvaçara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 11806425

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 07011010240 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: cadura de bomba QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G809 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Julia Andreza Sorla DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Julia Andreza Sorla
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 9151001161218713181665 CREDITO: 13339 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Rio Martins Cód. Órgão Emissor: m350320001 GABRIEL DE OLIVEIRA BORGES
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1710131131671555101006 350912013 30/09/2013
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 0101113 2010/01/13
 0351323551936 5

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: SAKA FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 70647774 CNES: 20647774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Gabriel de Oliveira Borges
Nº. Prontuário: 10029
Filiação: Rudijane Marinho de Oliveira Dous Gustavo Borges da Silva
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho adaptada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data da entrega: 24 / 03 / 14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim Leandro Bacci Gonçalves de acordo com a prescrição.

Leandro Bacci Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CPF: 31103.113-6
Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

AGA 24/03/14
Local e data

Vagner José de Oliveira
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	CNES
SARA	21064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
Gracia Aparecida Moura Fortes		10069	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RAÇA/COR
819800104322913449	09/09/62	Masc. ☐ Fem. ☒	
E-MAIL PARA CONTATO		DDD	TELEFONE CELULAR
			Nº DO TELEFONE
NOME DA MÃE		DDD	TELEFONE CELULAR
Natividade de Zambira Brinquinhoto			Nº DO TELEFONE
NOME DO RESPONSÁVEL		DDD	TELEFONE DE CONTATO
Gracia Aparecida Moura Fortes		16	33 316 25 150
TIPO DE LOGRADOURO	ENDEREÇO	BAIRRO	
Rua	Fernando de Carvalho	Chacara Flora	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	CEP
Caracara	0320	S.P	14301000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE
02141010240	164	001	cadura de bamba	01

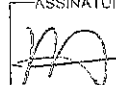
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

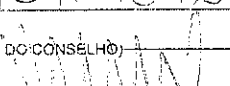
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
Paraplegia	G829		
OBSERVAÇÕES			

SOLICITACAO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITACAO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
Luiza Bassi Gonçalves	01/09/13	 Luiza Bassi Gonçalves
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		FISIOTERAPEUTA
91810101631315098888		CREITO 3103.113-F

AUTORIZACAO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD. ORGÃO EMISSOR	GRACA APARECIDA MOREIRA
William Rio Martins	17350320001	11/03/2013 - 30/09/2013
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		03513235519404
117101311316171515101016		
DATA DA AUTORIZACAO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	01/09/13 - 30/09/13
30/09/13		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
	SARA	21064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A.- Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: graca Ap. Mai Fontes
tário: _____

nto: () órtese

() prótese

(X) auxiliar de locomoção

ção: cadeira de banho adaptada

ornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

lual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

ponsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

los componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

visões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

____/____/____ (18 meses)

Prescrição:

/ei pela prescrição:

escrição: ____/____/____

Data da entrega: 24/03/14

o: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição:

Dr. Bassi Gonçalves
avaliador
CREFITA 31103.113-F

Dr. Roberto Rodrigues
Médico
CRM 7280

s componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o
ncionamento básico do mesmo.
bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima.
omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
ponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

ete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

ARA

24/03/14

Local e data

Paula Regina
Usuário responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20614774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Wesley Renan Santos de Brito Nº DO PRONTUÁRIO: 10470

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 899801010478358735 DATA DE NASCIMENTO: 02/03/1992 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Maria Maria dos Santos DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DO RESPONSÁVEL: Maria Maria dos Santos DDD: 16 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 332411558

TIPO DE LOGRADOURO: R. ENDEREÇO: Alto Meca, s/n BAIRRO: Adalberto Rêgo

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Charanvira COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14801000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 07011010240 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: coduça de bando QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G808 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto Rodrigues DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 2011554279080018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins COD. ÓRGÃO EMISSOR: M330320001 WESLEY RENAN SANTOS DE B. 4/23/2013 30/11/2013

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 17101311316175151516101016 0351323552037-7

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 a 30/11/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20614774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A - Rua Rahim nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário:

lário:

nto: () ortese

() prótese

☒ auxiliar de locomoção

ção:

omecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

lual: 244 589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

os componentes: 18 meses

visões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

/ / (18 meses)

Prescrição:

vel pela prescrição:

escrição:

Data da entrega: 7/4/2014

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pelo equipamento: Dr. Roberto Figueiredo

Dr. ROBERTO FIGUEIREDO
CRM 17802

s componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o
ncionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima.

municar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

cte-se a zelar pelo referido equipamento; preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

7/4/14
Local e data

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SALA CNES: 20641774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Igor Fonseca Silva Nº DO PRONTUÁRIO: 10864
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 89180021072011588 DATA DE NASCIMENTO: 13/05/90 SEXO: Masc ☒ Fem ☐
 E-MAIL PARA CONTATO: _____ RACIA/COR: BR ETNIA: _____
 NOME DA MÃE: Julia Fonseca dos Anjos TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____
 NOME DO RESPONSÁVEL: Julia Fonseca dos Anjos TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Porfirio Marques Andrade 165 BAIRRO: P. Imperador
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Cinaraçu Cód. IBGE Município: 0320 UF: SP CEP: 14806-175

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0A001010240 SERVIÇO: 1169 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: cadeira de bambu QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G808 CID10 SECUNDÁRIO: _____ CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____
 OBSERVAÇÕES: _____

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luiza Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/10/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luiza Bassi Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 91800016285078888 FISIOTERAPEUTA CREDITO 3/103.113-F

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 1135032000 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/10/13
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 17103136755500016 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)
 CNES DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____ FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SAKA CNES: 20641774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Igor Fomeca Silva
fórmula: _____

tipo: () órtese

() prótese

() auxiliar de locomoção

marca: Cadupa de banho adaptada

fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº 1446

Bairro: Centro

Campanas

UF: SP

CEP: 135-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

CNPJ: 244.589.970/111

CGC: 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

tempo de garantia: 18 meses

visões: ____ / ____ / ____ (6 meses)

____ / ____ / ____ (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

2009/11 (18 meses)

prescrição: _____

motivo pela prescrição: _____

data da prescrição: ____ / ____ / ____

Data da entrega: ____ / ____ / ____

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUZ ARMANDO CARVALHO
FISIOLOGISTA
RECEITO: 30/07/09-F

Responsável pela prescrição/ avaliação.

DR. ROBERTO RODRIGUES
Médico
CRM 12002

Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

deve-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

26/03/11
Local e data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20019774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Aldo Dimitri Alves

Nº DO PRONTUÁRIO

100308

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8918002714390074

DATA DE NASCIMENTO

03/07/87

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Valdeana Aparecida Alves

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Valdeana Aparecida Alves

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Av.

ENDEREÇO

Avenida Normal, 414

BAIRRO

Adalberto Roxo II

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araraquara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14801-900

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07011010290

SERVIÇO

164001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduina de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Andreza Sorla

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Andreza Sorla
Terapeuta Ocupacional
CREFOS - 13339 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

918000116287131131615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

17350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1171013111316175151500016

ALDO DIMITRI ALVES
01/09/2013 30/09/2013

03513235518892

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11/11/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

20019774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Usuário: Aldo Dimitri Alves

Idade: _____

Objeto: () órtese

() prótese

() auxiliar de locomoção

Descrição: Cadeira de banho adaptada

Fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Campinas

UF: SP

CEP: 13-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

CNPJ: 244.589.970/111

CGC: 01.638.588/0001-76

Responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Prazo dos componentes: 18 meses

Garantia: _____ (6 meses)

_____ (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

_____ (18 meses)

Prescrição: _____

Validade pela prescrição: _____

Assinatura: _____

Data da entrega: 26/03/14

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Assinatura do Responsável
CHEFE DE SERVIÇO
21.66186-8

Assinatura do Usuário
21.66186-8

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

usuário deve zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação, e treinamento do equipamento ao

26/03/2014

Local e data

Assinatura do Usuário

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

206917719

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Faina Evangelista da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

70039

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

091810101749161518141817

DATA DE NASCIMENTO

30/05/07

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RACIA/COR

De

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Remacle Evangelista da Silva

NOME DO RESPONSÁVEL

Remacle Evangelista da Silva

TIPO DE LOGRADOURO

R.

ENDEREÇO

Garças Perobom, 72

BAIRRO

Cidade Perobom, 72

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Ouro Preto

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

3P

CEP

17501000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07011011015B

SERVIÇO

164

CLASS

0101

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduza de bando

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

CID10 PRINCIPAL

G808

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Roberto Rodrigues

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

21017151519121717101810101718

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Fio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

1135052007

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1171011113161715151510101016

FAINA EVANGELISTA DA SILVA
09/09/2013 - 30/09/2013

0351323552018.0

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11

1135052007

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

21017151519121717101810101718

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

21017151519121717101810101718



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Teófilo W. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Trina Evangelista do Glor
Nº. Prontuário: 10034
Filiação: _____ e _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: bastão de Paulo Claro de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) Garantia da mão de obra: 12 meses
Origem da Prescrição: ____/____/____ (18 meses)
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO GARRIPE
FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 19/02/84

Local e Data

Roseneide Evangelista da Silva
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SURS

CNES

20647774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Ordini Rodrigues da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

10795

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

209306405210017

DATA DE NASCIMENTO

04/08/97

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RACIA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Benedita Rodrigues

NOME DO RESPONSÁVEL

Ordini Rodrigues da Silva

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

Avenida Sergio Z. Tomazoni, 68

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

COD. IBGE MUNICÍPIO

0300

UF

SP

CEP

14807300

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010258

SERVIÇO

CLASS

1601001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadaver de banho

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiplegia

CID10 PRINCIPAL

G81

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rolando D. G. Nogueira

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rolando D. G. Nogueira
Fisioterapeuta e Ortopedista
CREPITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9810011628198023513

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

1350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11703136755500016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/9/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11/09/2013

01/09/13

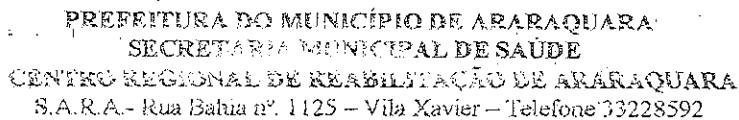
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

20647774



file

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20647774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Flávia dos Santos Lúcio Nº DO PRONTUÁRIO: 10481

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 810114134118711449310 DATA DE NASCIMENTO: 19/09/83 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Valma Teodoro dos Santos DD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DO RESPONSÁVEL: Valma Teodoro dos Santos DD: 11 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 3332415782

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Dr. Severino Lira s/n BAIRRO: Adalberto Rêgo

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Maracana Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14130-1000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 030110102410 SERVIÇO: 1640101 CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadaver de bombe QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G808 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Julia Andreza Gorda DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Julia Andreza Gorda

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 9800016287318665

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 10350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1171013113167151515101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

FLAVIA DOS SANTOS LÚCIO
01/09/2013 - 30/09/2013
0351323551934-3

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20647774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Flavio dos Santos Souza

Nº. Prontuário: 10481

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas especial adaptada

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: ___/___/___ (6 meses)

___/___/___ (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

___/___/___ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ___/___/___

Data da entrega: 6/13/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/13/2014

Local e data

Flavio dos Santos Souza
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARF

CNES

2069779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Dalva Bonifácio

Nº DO PRONTUÁRIO

7856

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

20141818259200101

DATA DE NASCIMENTO

27/09/87

SEXO

Masc.

Fem.

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Rosângela de Fátima Bonifácio

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Rosângela de Fátima Bonifácio

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

AV

ENDEREÇO

Antônio Carlos Filho, 87

BAIRRO

Camp. Helys Gregório

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Zinco

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

SP

CEP

14830005

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07010102410

SERVIÇO

164001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadeira de banho

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Análise Cerebral

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Cheliza Silva

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Andreza Garcia

Terapeuta Ocupacional

CRETOS - 13339 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

78101016287311816615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M370360001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

7210131131627515101016

DALVA BONIFÁCIO

01/09/2013 - 06/09/2013

03513235519156

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura]

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARF

CNES

2069779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Dalva Bonifácio

Nº. Prontuário: 7896

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas adaptada especial

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

 / / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

 / / (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: / /

Data da entrega: 0 17 12014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

[Assinatura]
Responsável pela prescrição/avaliação
CRM: 34.87672-5

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/3/2014

Local e data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

SARA

2064774

Maria Andreza da Silva Moreira

10.764

898.050.092.133.403 16/12/05

F B

Silvana Alves da Silva Moreira

01516 97499392

Silvana Alves da Silva Moreira

01516

R. Alexandre Sobral 206 São José

Americo Brasileiro

50 14820.000

0701010258 164 001 Caduza de bomba

01

Paralisa Aibral

6809

Dr Roberto Rodrigues
201 554 27908001-8

01/10/13

Dr. Roberto Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
Crm. 3289

William Pio Martins

11350320007

MARIA ANDREZA DA SILVA M
0350013 31/10/2013

130313675550006

0351323552693.3

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Itália nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Maria Anderson da Silva Moreira
Nº. Prontuário: 10468
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de rodas com odo de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 20/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Responsável pela prescrição/avaliação:
CREFITO: 31 17672-F

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

20/2/2014
Local e Data

Silvana Alves da S. Moreira
Usuário ou responsável

SDRD

2064774

Paulo Ferreira do Nascimento Junior 10381
801 434.195.185.047 15/01/87 M B
Maria Madalena Oliveira Nascimento 015163331.39.87
M^a Madalena Oliveira Nascimento 0151699104.99.12
R. Antonio Caquin 100 7 M^a Luiza TO
Aracaju - SP 0320 SP 14806.275

070 1010258 164 001 Cachura de Banho 01

Ronalina Aribal

6809

Luísa Bassi Gonçalves 01.10.13
980016385078 888

Luísa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3/103.113

William Pao Barreto Martins M 350320001

PAULO FERREIRA DO NASCIMENTO
15/02/1987 104.99.12

170313675530006

0351323552636 6

SDRD



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Paulo Ferreira do Nascimento Junior
Nº. Prontuário: 10381
Filiação: Paula Madalena do Nascimento
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira com motor de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001-55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / /
Data da entrega: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ANTONIO GUIRELLI
FISIOTERAPEUTA
CREFITO: 5126340-3

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

12.03.14

Paulo Ferreira do Nascimento Junior
Usuário ou responsável

SJRD

2063774

Larissa Cristina Greco

9498

898.002.380.481 828 30/4/03 E B

Sandra da Silva M Greco

0151699991-64.16

Sandra da Silva M Greco

015169913630-17

Av São Francisco Xavier, 650 V Xavier

Aracaju - SP

0320 SP 14.810.030

070 1010240 164 001 caduira de banco 01

Paralisa Atrial

6809

Luisa Bassi Gonçalves

01/10/13

Luisa Bassi Gonçalves

980016 385078 888

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 3/103.113-F

William Pio Martins

11350320001

LARISSA CRISTINA GRECO

170313675530006

0351323552690.0

SJRD



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A.- Rua Bahia nº. 1125 – Vila Xavier – Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Luís Cristiano Guedes
Nº. Prontuário: 9498
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas especial adaptada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelfia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 11/03/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

11/03/2014
Local e data

Luís Cristiano Guedes
Usuário ou responsável

SARA

2009774

Isabelle Rodrigues Antonio

11.017

898.002 939.100.995

4/6/11

F

B

Mariane Rodrigues Galvão

01516 3392.76 01

Mariane Rodrigues Galvão

01516 99234.75.06

R. Borborema 743 J. Costa Alegre

América Brasileira

SP 14820.000

070 1010297 164001 Cadura de banco 01

Paralisa Central

9308

Dr Roberto Rodrigues
20155423908001-8

01/10/13

Dr. Roberto Rodrigues
Otorrinolaringologista
CRM - 72007

William Pin Martins

M 350320001

ISABELLE RODRIGUES ANTONI
01/10/2013 11:10:2013

170313675550002

0351323552688-9

SARA

2009774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Isabelle Rodrigues Antonio
ário: 11017
nto: Aniane R. Saldino e Jeferson Silva Antonio

nto: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção

ção: Caduna de bento adaptada

ornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

tual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

os componentes: 18 meses

visões: / / / (6 meses)

/ / / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

/ / / (18 meses)

Prescrição:

el pela prescrição:

escrição: / / /

Data da entrega 24/03/14

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Flávia Bassi Gonçalves
RESPONSÁVEL
Responsável pela prescrição/ avaliação.

s componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o ncionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes azos estão determinados acima.

omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

ete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

AQA 24/03/14
Local e data

Aniane Rodrigues Saldino
Usuário ou responsável

SARA

20647741

Gustavo Henrique Nunes Fernando

17069

898002397881626

05/11/2010 M

B

Leticia Nunes

16 33928341

Leticia Nunes

16 33928341

Av. Joaquim Afonso da Costa 165 JD. Bela Vista

Américo Brasileiro

5F 4820 000

0.701010231164001 Caduira de banho

01

Paralisa Acrial

6809

Luisa Barn Gonçalves 01/10/13

980016285078888

Luisa Bassi-Gonçalves
FISIOTERAPISTA
CREITO 31103.113-F

William Rio Martins M330320001

GUSTAVO HENRIQUE NUNES
FISIOTERAPISTA 01/11/2010

170313675550006

0351323552687-8

SARA

20647741



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
S.A.R.A. - R. Amador, 1125 - Vila Santa Helena - Tel: 33228302

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Gustavo Henrique Nunes Fernandes

data: 03/06/14
local: Araraquara

tipo: ☐ órtese

☐ prótese

☐ auxiliar de locomoção

marca: Cadema de banho Banhito

fornecedora: Casa Ortopédica Padua-Mil Ltda.

Rua Luzitana

Nº 144

Bairro: Centro

comunas

(UF - SP)

CEP: 13-120

Telefone: (19) 32311420

FAX: (19) 32313630

telefone: 24.1589.970-111

CNPJ: 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Cláudio Roberto de Souza

tempo de validade: 18 meses

visões: 1 / 1 / 1 (6 meses)

Garantia da obra de obra: 12 meses

prescrição:

rel. pela prescrição:

assinatura:

Data da entrega: 03/04/14

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Responsável pela prescrição/avaliação:

s componentes do equipamento se devem ser mantidos por um médico ortopédico especializado. O usuário deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração do equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente os prazos de manutenção e revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos a comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o médico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar sua desempenho físico.

Wellington Carlos Leite Fernandes

de-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio a fornecedor e da instituição responsável pela prescrição, adaptação e treinamento do equipamento ao

Araraquara, 03 abril 2014
Local e data

Wellington Carlos Leite Fernandes
Assinatura do responsável

SARA

2064774

Maria Eduarda Ferreira Rodrigues

10.060

898.003.004.662.825 01/05/2007 F

Elenice Ferreira Rodrigues

01516 3392.17.09

Elenice Ferreira Rodrigues

01516 99293.81.06

AV ps Ziliani, 267 Centro

América Brasileira

R 14820.000

0701010240164001 cadeia de banco 01

Paralisa Central

6809

Dr Roberto Rodrigues

03/10/13

201554279 080018

Dr. Roberto Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 12007

William da Martins

M 33032000

MARIA EDUARDA FERREIRA
R 14820.000

130313675550006

0351323552694 4

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Maura Eduarda Ferreira Rodrigues
número: 10060

tipo: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção

marcação: cadeira de banho adaptada

fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Pinópolis

UF: SP

CEP: 135-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Telefone: 244.589.970/111

CGC: 01.638.588/0001-75

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

prazo componentes: 18 meses

revisões: / / (6 meses)

 / / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses
26/05/14 (18 meses)

Prescrição:

emitida pela prescrição:

data: / /

Data da entrega: / /

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Dr. Armando Garen
ORTOPEDISTA
CRM 78240-F

Dr. Rodrigo Rodrigues
Médico
CRM 72007

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

deve-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

26/05/14
Local e data

Maura Eduarda Ferreira Rodrigues
Usuário ou responsável

SARRS

3064774

Geisa Paola Camargo Pereira

10 090

898.000. 189. 422. 639 10/4/91

F P

Elisa Maria Camargo

01516 99793-8022

Elisa Maria Camargo

01516 3322-8211

AV Santa Cecília 432

Aracaju - SP

0320 SP 14810.032

070 10 10240 064 001 Cadira de Banco

01

Tetraplegia Espástica

6824

Luísa Bassi Gonçalves

03.10.13

980016285078888

Luísa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3/103.113-F

William Pio Martins

11350320001

170 313675550006

GEISA PAOLA CAMARGO PEREIRA
10/02/13 31/10/2013

03513235526856

SARRS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1113 - Vila Navier - Telefone: 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Elisa Paola Camargo Pereira
Nº. Prontuário: 10290
Filiação: Elisa Maria Camargo
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho adaptada
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CEC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data de entrega: 25/03/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Luiza G. Gonçalves
Responsável pela Prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

AGA, 25/03/14
Local e data

Elisa Maria Camargo
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARS

CNES

20619774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Richerdy Leonardo do Santo Pinheiro

Nº DO PRONTUÁRIO

11072

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

21918002312707171816

DATA DE NASCIMENTO

21/08/80

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Ediane do Santo

NOME DO RESPONSÁVEL

Ediane do Santo

TIPO DE LOGRADOURO

rua

ENDEREÇO

Osvaldo Landgraf, 14

BAIRRO

3a. Vila de Santa

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Manacara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

OP

CEP

14808928

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0901010240

SERVIÇO

160001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

acidose metabólica

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Pancreatite Crônica

CID10 PRINCIPAL

K828

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Raul D. G. Diniz

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Raul D. G. Diniz
R. 100, 100 - 100, 100, 100, 100
100, 100, 100, 100

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

0181001167184810123153

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Walter R. M. Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

935032000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

17013113161715151510101016

RICHARDY LEONARDO DO SANTO
SUS 100, 100 - 100, 100, 100, 100

03513235520058

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

100, 100, 100, 100

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

APAC

CNES

100, 100, 100, 100



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Richerdy Leonardo dos Santos Bugame
Nº. Prontuário: 41072
Filiação: Elaine dos Santos e João Bugame dos Santos
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☐ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de banho adaptada

Empresa fornecedora: Jacomo Aricó Júnior

Endereço: Av. Feijó

Nº 625

Bairro: Centro

Cidade: Araraquara

UF: SP

CEP: 14801-140

Telefone: 16- 33227397

FAX: 16- 33227397

Insc. Estadual: 181.125.290.118

CGC: 01.896.795/0001-20

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Fábio Lucas de Godoi

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

 / / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses
 / / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data da entrega: 03/04/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

[Assinatura]
Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

AAA, 03/04/14
Local e data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

26691779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Ismael Expedita Zamen Miranda

Nº DO PRONTUÁRIO

9644

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2101612172101614121010101

DATA DE NASCIMENTO

18/01/02

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RACIA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Maria Cristina Zamen

NOME DO RESPONSÁVEL

Maria Cristina Zamen

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Alameda Ciomun, 868

BAIRRO

São Rafael I

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Chaparrão

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

01101-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

017011010258

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduia de bombe

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Espinha bífida

CID10 PRINCIPAL

Q056

CID10 SECUNDÁRIO

Q057

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

ROCA

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

199

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFIO 211021135

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

918101011612181510118181818

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

1130320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1121013113161715151510101016

JENNIFER CRISTINA ZANETTI MA

13/07/2013 13/07/2013

03513235519618

DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1130320001

01/07/13 a 30/07/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

20691779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Maria nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Jenifer Expedita Zanoni Miranda
Nº. Prontuário: 9644
Filiação: Maria Cristina Zanoni e Marcos Roberto Miranda
Equipamento: ☐ órtese

☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção

Especificação: Cadeira - banho

Empresa fornecedora: Ortopedia Mathias Ltda - EPP

Endereço: Av. Luís Smânio Nº. 300 Bairro: Jd. Chapadão

Cidade: Campinas UF: SP

CEP: 13070-058 Telefone: (19) 3242-3014 FAX: (19) 3242-6480

Insc. Estadual: 244.660.328.111 CGC: 03.593.512/0001-05

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Milton Mathias de Oliveira

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data da entrega: 06/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

[Assinatura]
Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser mantidos por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. Maria Cristina Zanoni

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Maria Cristina Zanoni
Usuário ou responsável

2 caben 14.01.14. Inscrito

Ministério
da Saúde



APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	CNES
SARA	2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE	Nº DO PRONTUÁRIO			
Beatriz Aparecida de Jesus Crespo	10893			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RACIA/COR	ETNIA
819181002921514410112	04/01/11	Masc. ☐ Fem. ☒	BR	
E-MAIL PARA CONTATO	DDD	TELEFONE CELULAR		
		Nº DO TELEFONE		
NOME DA MÃE	DDD	TELEFONE CELULAR		
Rosana do Carmo de Jesus		Nº DO TELEFONE		
NOME DO RESPONSÁVEL	DDD	TELEFONE DE CONTATO		
Rosana do Carmo de Jesus		Nº DO TELEFONE		
TIPO DE LOGRADOURO	ENDEREÇO	BAIRRO		
Rua	Sebastião Piere, 293	Agua do Paul		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	CEP	
Aracaju	0320	SE	14804152	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE
030110102317	164	061	caduira de banho	01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
Microcefalia / Paralisia Cerebral	Q02	G809	
OBSERVAÇÕES			
L10 ea			

SOLICITAÇÃO

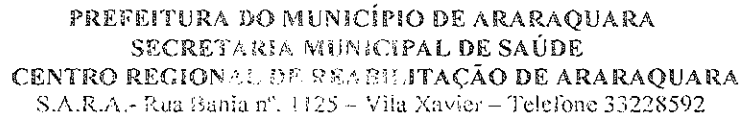
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
Felicia Cintruzza Scola	01/09/13	JUIZ ANTONIO CARLOS 2º Juiz de Direito CRM 103.1335 TO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
8191810011612873118615		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD. ÓRGÃO EMISSOR	BEATRIZ APARECIDA DE JESUS PROFISSIONAL DE SAÚDE 0351323551919-0
William dos Martins	11330320001	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
1171013113161515101016		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
01/09/13	1/1	01/09/13 a 10/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
	SARA	2064774



Usuário ou responsável

Recebido 14.05.13

Ministério da Saúde **SUS** Sistema Único de Saúde

AFAC Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Lauço de Solicitação / Autorização

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20067779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Fluáso Traves de Andrade Nº DO PRONTUÁRIO: 10440

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8978100101913171881133 DATA DE NASCIMENTO: 09/10/08 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: 32 ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Dayana Michela de Andrade DDD: 06 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 3337478610

NOME DO RESPONSÁVEL: Dayana Michela de Andrade DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:

TIPO DE LOGRADOURO: R. ENDEREÇO: Dr. Milton Fomica, 160 BAIRRO: St. J. Capote

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Araraquara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14819330

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0701.01.0231 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Codura de cabelo QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G808 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES: Juoca

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto Rodrigues DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/10/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): DA ROSEIRA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 2001153412191081010113

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 00000000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11710131131613151315101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 09/10/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20067779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Luizgo Franco de Andrade
Nº. Prontuário: 10440
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: Calçado de fralda especial adaptado
Empresa fornecedora: Atômico Araraquara
Endereço: R. Faria Nº 675 Bairro: Centro
Cidade: Araraquara UF: SP
CEP: 14801-140 Telefone: 3322-4397 FAX: _____
Insc. Estadual: 181125290118 CGC: 01896795/0001-20
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Geraldo Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Garantia da mão de obra: 12 meses
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 17/03/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

[Assinatura]
Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

17/03/2014

Local e data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNS

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Julia Amanda Zwartk Lullo

Nº DO PRONTUÁRIO

109916

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

87780002915215084915

DATA DE NASCIMENTO

03/06/11

SEXO

Masculino ☐ Feminino ☒

RAÇA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Ana Paula Zwartk

DDD

1633

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Crista Zwartk

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Av.

ENDEREÇO

Dr. Arnaldo Cruz, 318

BAIRRO

B. Pomer

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araraquara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0920

UF

SP

CEP

14806-100

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07100014231

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de banho

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hidrocefalia

CID10 PRINCIPAL

G039

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

BA

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 31/03.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

97800116285078888

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

M330320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11710131131617151510101016

JOSE CLAUDIO DE FARIAS
01/09/2013 10:09:03.1

03513235519640

DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/01/13 - 20/07/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNS

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bailia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Julio Aporecido Zovoke Aiello
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção

Especificação: Corrimão de Banho em Corrimão

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro

Cidade: Campinas UF: SP

CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970/111 CQC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pelo exame e avaliação:
LM2 APORECIDO ZOVOKE AIELLO
CIENTISTA ORTOPÉDICO

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara
12/02/84

Local e data

Araraquara
Araraquara

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SAFRA CNES: 21016191319

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Matheus Orlando Lopes Nº DO PRONTUÁRIO: 10158
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8171800001011015128151313 DATA DE NASCIMENTO: 20/08/02 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.
 RAÇA/COR: ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Graciela Gusolani DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Graciela Gusolani DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Comendador Pedro Morganti 4103 BAIRRO: Mac. Angelina
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Caracarama Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 11480-410

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 07101101101240 SERVIÇO: 1164 CLASS: 009 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduça de banho QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralixia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G809 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Rafael Barros Guimarães DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Rafael B. Guimarães
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 91800011062841810231513 CREFITO: 3187672-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Rios Amorim Cód. Órgão Emissor: 11350320001 MATHEUS ORLANDO LOPES
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 03513235519915
 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE):
 CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SAFRA CNES: 21016191319



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33233592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Motter's Orlando Japer

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

() auxiliar de locomoção

Especificação: Código de barras adaptado

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda.

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUZILIA MARIA DE SOUZA
FISIOTERAPISTA
CREFTO: 31120240

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 12/02/14

Local e data

Orlando Japer

Usuário responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20617171

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Lucia Mesias de Sal Nº DO PRONTUÁRIO: 10473

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 87805100119591215 DATA DE NASCIMENTO: 05/01/1965 SEXO: Fem. X RAÇA/COR: BR ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: Patricia Mesias de Souza DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DO RESPONSÁVEL: Patricia Mesias de Souza DDD: 33 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 3331009

TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Jose Mano Oliveira, 423 BAIRRO: Boa Cidadania

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Amuracnara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14803318

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 031016101240 SERVIÇO: 1649001 CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadaver de Bando QTD: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G800 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luiza Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luiza Bassi Gonçalves FISIOTERAPEUTA 03113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 981001161218150138818

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Orgão Emissor: MS030001

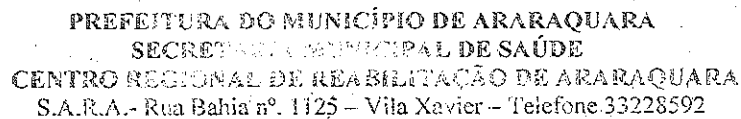
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1710131131615151510002

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 0121113.2007/1

LEUCIA MESSIAS DE SA 01/09/2013 10/09/2013 03513235510739

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES:



Polaco Moura de Paul
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	CNES
SASA	2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO	
Flávia Jodas Gotarigo		5116	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RACIA/COR
79801011254611712410	18/07/79	Masc. ☐ Fem. ☒	52
E-MAIL PARA CONTATO		TELEFONE CELULAR	TELEFONE DE CONTATO
		DDD	Nº DO TELEFONE
NOME DA MÃE		DDD	Nº DO TELEFONE
Flávia Jodas Gotarigo		DDD	Nº DO TELEFONE
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE DE CONTATO	
Flávia Jodas Gotarigo		Nº DO TELEFONE	
TIPO DE LOGRADOURO	ENDEREÇO	BAIRRO	CEP
Rua	Valter Orlaneto de Carvalho	Pinheiros	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	CEP
Aracaju	0320	SE	14811921

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE.
031010110240	164	0011	Caduzia de Bamba	01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
Tetraphagia	G325		
OBSERVAÇÕES			

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)
Julia Andreza Sorla	01/07/13	Julia Andreza Sorla Terapeuta Ocupacional CREPITO 313338 TO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
9310101167218743	18665	

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD. ORGÃO EMISSOR	FLÁVIA JODAS GOTARIGO 01/09/2013 20:09/2013 0351323551935-4
William Pin Martins	103032001	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
117101311316171513150101016		
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
30/07/13		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE	FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	CNES
	5116	2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Roberto dos Santos

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____ e _____

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: Cadeira de banho adaptada (reclinável)

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro

Cidade: Campinas UF: SP

CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUÍZ ARMANDO GARRIDO
FISIOTERAPEUTA
Responsible: 34128240-7

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 24/02/14

Local e data

Antonio G. Mendes
Usuário ou responsável



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Elia Martins de Aguiar Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____ Equipamento: () ortese () prótese () auxiliar de locomoção

Especificação: Calça de banco de areia () auxiliar de locomoção

Empresa fornecedora: João Gutelli Junior - ME Endereço: Rua General Osório Cidade: Itaquaritinga CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754

Insc. Estadual: 684.046.058.111 CCG: 16.851.261/0001.55 Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Gutelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses Data de revisões: 18 meses (6 meses) (12 meses) (18 meses)

Responsável pela prescrição: _____ Origem da Prescrição: _____ Data da entrega: 24/02/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Obs.: Luiz Armando Salgueiro Responsável pela prescrição/ avaliação. Dr. Roberto de Aguiar Responsável pelo equipamento.

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos a comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____ Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data: 24/02/2014

Usuário ou responsável: [Assinatura]

IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

—Nº DO PRONTUÁRIO—

NOME DO PACIENTE-

—CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)—

DATA DE NASCIMENTO

SEXO _____

ΚΑΥΣΑΝΟΡ

20

TELEPHONE CELLULAR...

NO DO TELEPHONE

E-MAIL PARA CONTATO:

- NONI DA MAE -

.....NOME DO RESPONSÁVEL

ENDERECO

BALRO-

COD. IBGE MUNICIPIO-

— 3 —

211

ORDEN DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

00000000

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

PROGREDIMENTO(S) SECUNDARIO(S)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

---CID10 PRINCIPAL---CID10 SECUNDÁRIO---CID10 CAUSAS ASSOCIADAS---

...OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

Nome do Profissional Solicitante

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINIA / ONA E ONIMBO / TEBOL / NO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

[illegible]

AUTORIZAÇÃO

07-06-2008

—NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR—

-CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR-

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 9 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | 4 | 9 | 5 | 1 | 6 | 0 | 7 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

- DATA DA AUTORIZAÇÃO

IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO DE SAUDE (EXECU ANIE)

CONS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS E INGENIERÍA

5710



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Abdoul Marquie

Nº. Promitório: _____

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

() auxiliar de locomoção

Especificação: _____

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Cidade: Taquaritinga

CEP: 15900-000

Insc. Estadual: 684.046.058.111

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: _____ (6 meses)

_____/_____/____ (12 meses)

_____/_____/____ (18 meses)

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: _____

Declaro: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição

Responsável pela prescrição/ avaliação: _____

Obs.: _____

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos a comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____
Compromete-se a reter pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data

20/02/11

Usuário ou responsável

Abdoul Marquie



RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Cláudia dos Santos Rodrigues

Nº. Prontuário: 6987

Filiação: _____

Equipamento: () ortese

() prótese

() auxílio de locomoção

Especificação: _____

Empresa fornecedora: João Gurrelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Nº. 1560

Bairro: Centro

UF: SP

Cidade: Itaquarunga

CEP: 15900-000

Insc. Estadual: 684.046.058.111

CGC: 16.851.261/0001.55

Telefone: (16) 3253-5754

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Gurrelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisão: ___/___/___ (6 meses)

___/___/___ (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

___/___/___ (18 meses)

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ___/___/___

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação: _____

Obs.: _____

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédisto especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédisto responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____
Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data

30/02/19

Usuário ou responsável

Cláudia dos Santos Rodrigues

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **5RKH**
CNPJ: **00.619.775**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Marcos Fábio da Silva Cantalho**
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **8718 0103 0137 1101638 05/06/12**
DATA DE NASCIMENTO: **05/06/12**
SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.
RAÇA/COR: **11013**
Nº DO PRONTUÁRIO: **11013**

E-MAIL PARA CONTATO: **8718 0103 0137 1101638 05/06/12**
NOME DA MÃE: **Marlene Dantas da Silva**
NOME DO RESPONSÁVEL: **Marlene Dantas da Silva**
TPO DE LOGRADOURO: **Av. E. Lúcio**
ENDEREÇO: **Des. Francisco, 335**
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Boa Esperança do Sul**
CÓD. IBGE MUNICÍPIO: **511130905**
UF: **RS**
CEP: **91130-905**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0301010237**
SERVIÇO: **109067**
CLASS: **07**
NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **cateter de bexiga**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|------|
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD. |
| | | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD. |
| | | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD. |
| | | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD. |
| | | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD. |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Insuficiência Cardíaca**
CID-10 PRINCIPAL: **I50.8**
CID-10 SECUNDÁRIO:
CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Rafael Junior Gomes Oliveira**
DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/13**
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **93010162819181013513**
ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): **CREFTO 3172225**

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William Da Mattos**
CÓD. ORGÃO EMISSOR: **M33032001**
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **93010162819181013513**
ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **01/09/13**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

DATA DA AUTORIZAÇÃO: **01/09/13**
ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **01/09/13**
CNPJ: **00.619.775**
CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: **00.619.775**

MARCOS PEDRO DA SILVA F.A.
ANEXO 11.1 30/09/2011
0351323551979 4



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Assunto: Marcelo Pedro da Silva Cavallho 10/13

nto: () ortese

() prótese

(X) auxiliar de locomoção

ção: Carreira de Leito tipo sanda

omecedora: Casa Ortopédica Philadelfia Ltda

Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro Centro

ampinas Uf: SP

Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689

Insc. 244.589.970-111 C.G.C. 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Mascia de Souza

os componentes: 18 meses

visões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

/ / (18 meses)

Prescrição:

vel pela prescrição:

escrção: / /

Data da entrega: 26/03/2014

o: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Dr. Marcelo F. de A. Almeida

Responsável pelo diagnóstico/avaliação

s componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
to deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração que possa prejudicar a estrutura ou o
ncionamento básico do mesmo.
bservar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima.
comunicar os problemas ocorridos a comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

ete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

Local e data

26/03/2014

Assunto ou responsável

João dos Santos

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

CNPJ 20.617.779
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Alexandre Camargo
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8718001018210188515151808198
DATA DE NASCIMENTO: 18/08/98
SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino
RACIA/COR: Br
ETNIA:
Nº DO PRONTUÁRIO: 10052

E-MAIL PARA CONTATO:
NOME DA MÃE: Tatiana de Camargo
NOME DO RESPONSÁVEL: Tatiana de Camargo
ENDEREÇO: Rua Cúmbel Cucca, 28
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Curitiba

TELEFONE CELULAR:
TELEFONE DE CONTATO: 16 313278113
BAIRRO: 313278113

COD. IBGE MUNICÍPIO: 510114801003
CEP: 510114801003

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 071010102410
CLASS: 164001
NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadaver de Banco
QIDE: 01

PROCEDIMENTOS (SEUNDARIOS)

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

| QIDE | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO |
|------|---------------------------------|-----------------------------------|
| QIDE | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO |
| QIDE | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO |
| QIDE | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO |
| QIDE | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO |
| QIDE | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO |

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisação
CID10 PRINCIPAL: G809
CID10 SECUNDARIO:
CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
OBSERVAÇÕES:
SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Julia Candeia Sales
DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13
ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 1750131316171515101016

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Mariana da Mota
COD. ORGÃO EMISSOR: M350320001
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1750131316171515101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/07/13
ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNPJ 20.617.779
CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE:
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592



RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Brune Alexandra Romagosa

Nº. Prontuário: 10058

Filiação: _____

Equipamento: () ortese

() prótese

(X) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas adaptada para uso

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

UF: SP

Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

____/____/____ (18 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação: _____

Assinatura: _____

DR. ROBERTO D. B. DE OLIVEIRA
CRM: 1002

Obs.: _____

- Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado: O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
- Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos a comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e data

6/3/2014

Usuário ou responsável

[Assinatura]

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO ☒ Masc. ☐ Fem.

RACIA/COR

Nº DO PRONTUÁRIO

E-MAIL PARA CONTATO

TELEFONE CELULAR

TELEFONE CELULAR

TELEFONE DE CONTATO

NOME DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

BAIRRO

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGÃO EMISSOR

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DATA DA AUTORIZAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNES



RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

Nome do usuário: Alexandra Cristina da Silva
Nº. Promituario: 10042
Filiação: _____
Equipamento: () ortese () prótese
Especificação: Ortese de membro superior
Empresa fornecedora: Ortopedia e Prótese
Endereço: Rua General Osório, Nº. 1560, Bairro: Centro, UF: SP
Cidade: Taquaritinga
CEP: 15900-000
Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111
CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Gutreli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: _____ (6 meses) _____ (12 meses) _____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: _____
Data da entrega: 12/3/2014
Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e esta de acordo com a prescrição.

Dr. Roberto D. de Oliveira
Responsável pela prescrição, assinatura
CRM: 34.87612-5

Dr. Roberto D. de Oliveira
CRM: 34.87612-5

Obs: _____

- Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
- Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

12/03/2014

Usuário ou responsável

Assinatura do usuário

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: CLINICA

CNPJ: 20.617.137

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Beatriz Carmela Jorge Rosa Vianna

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 9.773.010.014.96.58.10.1

DATA DE NASCIMENTO: 26/11/67

SEXO: ☒ F ☐ M

RAC/COR: 7

ETNIA: 7

TELEFONE CELULAR: DDD 16 916 4011

TELEFONE DE CONTATO: DDD 16 916 4011

BAIRRO: Parque da Moura

CEP: 54.14.805-55

UF: SP

COD. IBGE MUNICÍPIO: 0300

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Ourinhos

TIPO DE LOGRADOURO: Rua

ENDEREÇO: Av. Cantanhede - de Prado, 32

NOME DO RESPONSÁVEL: Elton Jorgens de Moura

NOME DA MÃE: Elton Jorgens de Moura

E-MAIL PARA CONTATO:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0301010102410

SERVIÇO: 001

CLASS: 001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cardiografia de rotina

QTD: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | QTD |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Cardiografia de rotina

CID10 PRINCIPAL: I50.9

CID10 SECUNDÁRIO:

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

RESERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Ronnie Kesteven

DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 21011515412171018101918

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Milena de Moraes

COD. ÓRGÃO EMISSOR: 11350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1710311316315101016

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNPJ: 0351323552019 0

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CLINICA



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Thaís de Aguiar Reis Vaz

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____

Equipamento: () ortese

() prótese

() auxiliar de locomoção

Especificação: Calçado de baixo adaptado

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelfia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

CEP: 13015-120

Insc. Estadual: 244.589.970.111

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: _____ / _____ / _____ (6 meses)

Origem da Prescrição: _____ / _____ / _____ (12 meses)

Responsável pela prescrição: _____

Data da entrega: _____ / _____ / _____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição / avaliação.

Obs: _____

- Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
- Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos a comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e data

Usuário ou responsável

Alan Douglas de Souza

11/03/14

[illegible]



TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: André da Silva
Nº. Promatário: 1056
Filiação: Mãe: Sônia
Equipamento: () órtese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: Ortose de braço com apoio de propulsão

Empresa fornecedora: Jogo Guirilli Junior - ME
Endereço: Rua General Usorio
Cidade: Taquaritinga
CEP: 15900-000
Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 654.016.058.111
CGC: 16.831.261/0091.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Jogo Guirilli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisão: / / (6 meses)
/ / (12 meses)
Garantia da mão de obra: 12 mo
/ / (8 meses)

Responsável pela prescrição: / /
Data da prescrição: / /
Data da entrega: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Obs.: Responsável pela prescrição/avaliação
Responsável pela prescrição/avaliação
Responsável pela prescrição/avaliação

1. Os componentes do equipamento só devem ser montados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico de mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção estabelecidos, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso conta com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

12.03.14
Usuário ou responsável
André da Silva



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Maíser Rodrigues Marinho
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho d'ar de propulso
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Barro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 20/03/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO GARCIA
FISIOTERAPEUTA
CRÉDITO: 25.100.000

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

20/03/14

Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA DE SAÚDE
GERÊNCIA DE REABILITAÇÃO



Trocas devido falecimentos ou desistências.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2016197179

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Dionizia Barbosa de Nascimento

Nº DO PRONTUÁRIO

6040

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2109136815101016121010101

DATA DE NASCIMENTO

22/11/1953

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RACIA/COR

32

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

* Home Address

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Maria Aparecida de Jesus

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Dionizia Barbosa de Nascimento

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Av. Nelson Duarte

BAIRRO

Pd. Acapulco

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14801005

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0131101101233

SERVIÇO

164

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de banco

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Amputação Transfemoral

CID10 PRINCIPAL

S781

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Somente D. Barbosa 10077

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luiza Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/10/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Luiza Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3103.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

98101011161215101718181818

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William do M. Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

0350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11310131113161715151510101016

DIONIZIA BARBOSA DO NASC
201310131113161715151510101016

0351323551956-3

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1/1

01/10/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

11310131113161715151510101016

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2016197179



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Jonana Calades Henrique
Nº. Prontuário: 10077
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de rodas de bomba com motor de propulsão
Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda
Endereço: Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13015-120 Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689
Insc. Estadual: 244.589.970.111 CGC: 01.638.588/0001-76
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 6/13/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação: _____
(Assinatura)

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/03/2014
Local e data

Antônia A. Araújo
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **20697779**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Daniel Pietro Fragala** Nº DO PRONTUÁRIO: **10436**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **819181010101413112127912** DATA DE NASCIMENTO: **16/03/81** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: **BR** ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: DDD: **11** TELEFONE: **217161726179**
 NOME DA MÃE: **Lamara Maria Costa C. Fragala**
 NOME DO RESPONSÁVEL: **Lamara Maria Costa C. Fragala**
 TIPO DE LOGRADOURO: **Rua** ENDEREÇO: **noiva de julho, 3770** BAIRRO: **Yamada**
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Charoanara** Cód. IBGE Município: **0320** UF: **SP** CEP: **14802300**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **01701101101240** SERVIÇO: **164** CLASS: **001** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **cadura de ombro** QTDE.: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | 81/Mano direita | |
| | 1/Esquerda | |
| | 11/71 | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Análise Cerebral** CID10 PRINCIPAL: **E809** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES: **11/71**

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Julia Andreza Serla** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **8181010111612181713111516165** **Julia Andreza Serla**
Terapeuta Ocupacional
CREATIVOS - 12339 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William Pio Martins** Cód. Órgão Emissor: **1355032001** DANIEL PIETRO FRAGALA
 01/09/2013 - 30/09/2013
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **11710131113161715151510101016** 0351323551917-8
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **9/07/14 - 30/07/13**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **SARA** CNES: **20697779**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Maria Ligia Souza
Nº. Prostético: 1121
Filiação: Cláudio Roberto Gomes
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Ortula de ombro / arco de
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3255-5754
Insc. Estadual: 694.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data da entrega: 29/02/19

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico de mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Inscrição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data

Usuário ou responsável

Ministério
da Saúde



APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Leudo de Solicitação / Autorização

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2016197719

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Iran dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO

10150

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918101011912171517143713

DATA DE NASCIMENTO

28/01/65

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RACIA/COR

BZ

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Elaine Maria da Conceição

NOME DO RESPONSÁVEL

Iran dos Santos

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Mans Garbuge 12

BAIRRO

6 Diamante

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Aracaju

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SE

CEP

5114808278

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0131011011021518

SERVIÇO

CLASS

1169 0001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadeira de banho

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Amiotrofia

CID10 PRINCIPAL

G810

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Wagneria Capuacá B. da Silva

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 3/103.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91810101116121814181012131513

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William da Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

1135030001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11310131113161715151510101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/08/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

11310131113161715151510101016

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2016197719



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1123 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Walteria. Cap. Batista da Silva
Nº. Prontuário: 1139
Filiação: _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas com braço de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 13900-000 Telefone: (16) 3233-3734
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 25/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição: _____

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr. _____

Compromete-se a valor pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

25/12/2014
Local e Data

Carlos Eduardo Fonseca B. Henriques
Usuário ou responsável

SARA

Clínica

2064774

Francisco Bento

7075

104081250870002

04/05/38

M

P

Benedita Ferreira de Jesus

16

33/11/89

Francisco Bento Anest. Bela Vista

16

33/11/89

Av. I cara 5

Aracaju

0320

SP

14801-930

0701010258164001 cadura de banho 01

Clotônio Ferreira da Silva Neto

11197

Amputação transfemoral

S78.1

S88.1

Amputado bilateral: m10 transfemoral
m10 transtibial.

Luisa Bassi Gonçalves

01/10/13

PA

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 31103.113

930016285078888

William Fio Martins

M350320001

FRANCISCO BENITO

01/10/2013 - 31/10/2013

170313675550006

0351323552669-1

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Antonio Ferreira da Silva Neto
Nº. Prontuário: 14142
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho com arco de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1500 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

TERMO DE RECEBIMENTO
TERMO DE RECEBIMENTO
TERMO DE RECEBIMENTO

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 26/02/14

Local e Data

Cely R. Lins F. da Silva

Usuário ou responsável

Assinatura

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

201647714

NOME DO PACIENTE

Douglas Renan de Aquino Martins

Nº DO PRONTUÁRIO

11127

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710108079170149161818

DATA DE NASCIMENTO

05/06/1980

SEXO

Masculino

FACEDOR

5

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Alicia Anacaci de Aquino Martins

NOME DO RESPONSÁVEL

Ailton Martins

TIPO DE LOGRADOURA

Rua

ENDEREÇO

Antônio Angelo Rêgo

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Quaresma

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

01462-905

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0510110110213

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Exatoma de sangue

QTDE.

01

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiplegia

CID10 PRINCIPAL

G81.1

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Cristina Barreto / 0695

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Roberto Rodrigues

DATA DA SOLICITAÇÃO

31/10/2013

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

21011515412119101810101218

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

1735032000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117101311316415151510101016

DOUGLAS RENAN DE AQUINO
116740003 - 20/11/2013

0351323553178-4

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Cristina Furtado
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: Calcanhar de madeira e arco de
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3255-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/000135
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 25/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

FISIOTERAPEUTA
LUIZ ANTONIO GALOTTI
CRP 001.262.10-6

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, avaliação e treinamento do equipamento ao paciente.

25/02/14
Local e Data

Lui Antonio Galotti
Usuário ou responsável

SARA

2064774

Leandro Rodrigues de Almeida

10437

200.692.256.340.004

3/8/88

M

B

Vanilda Bonfim de Almeida

01316 99164.85.40

Vanilda Bonfim de Almeida

01316 3346.41.78 PS

R. Gadalina Helfim 169 J. Palmeiras II

Bia Barreiros do Sul

SP

14930.000

0.70.10.10258.164.001 caduça de banco

01

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-----|
| NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD |
| NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD |
| NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD |
| NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD |
| NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD |
| NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD |

Paraplyia Flávia

6820

Roberto R. Rodrigues

10794

Dr. Roberto Rodrigues

01/10/13

201354239.0001-8

Dr. Roberto Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 72092

William dos Santos

M35032000

120313 675350006

LEANDRO RODRIGUES DE ALM
30/06/2013 - 31/10/2013

0351323552692-2

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Roberto Almeida
Nº. Prontuário: 10494
Filiação: _____ e _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Calçada de bambu 4 anos de garantia
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058/111 CGC: 16.851.261/0001-55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 20/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIZ ANTONIO GARIBAYE

ORTOTERAPISTA

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

20/02/14

Local e Data

Roberto Almeida

Usuário ou responsável

SARA V. TRUCH 206474

Emerson Brizolari 10453

808.050.099-947.973 13/5/85 M B

Rta de Cassia Brizolari 01516 98767 0973

Rta de Cassia Brizolari

R. Das Glambeyants 411 J. Primavera

América Brasileira - SP SP 14820.000

0701010240164001 caduça de bomba 01

| CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | QTE |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

RESUMO DO DIAGNOSTICO

Paralisia Cerebral 680.9

Pl Jéssica Alini Novais Gomes Martins
10642

SOLICITANTE

Roberto Rodriguez 01/10/13

201584 239080018

DR. ROBERTO RODRIGUES
Especialista em Traumatologia
CRM - 12000

William Lio Martins 11950320001

170313675550006

DATA DA AUTORIZAÇÃO ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CESSA-1

EMERSON BRIZOLANI
01/10/2013 - 31/10/2013
0351323552683-4

SARA 206474



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE FORTIFICAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Tupyã nº 1125 - Vila Tupyã - Telefone 33226592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Jessica Aline Novais Gomes Martins

Idade: 10642

Assinatura: Ana Paula Novais Gomes da Silva Francis Lincoln Conti Martins

tipo: () ortese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Indicação: cadura de banho adaptada

Indicada por: Casa Ortopédica Philadelpho Lala

Rua Luzitana

Nº 1446

Barão Geraldo

Amplazamento

CEP: 13010-000

15-120

Telefone: (19) 32311108

FAX: (19) 32313689

Fax: 244 589 970 III

CGC: 01.638.556/0001-75

Responsável por confecção / montagem: Cleusa Maria de Souza

Tempo de componentes: 18 meses

Visões: 1 / 1 / 1 (6 meses)

1 / 1 / 1 (6 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

1 / 1 / 1 (18 meses)

Prescrição:

Realizada pela prescrição:

Assinatura: 1 / 1 / 1

Data da entrega: 24/04/14

O equipamento acima descrito foi produzido e entregue de acordo com a prescrição:

Luiza Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CRP 103/103-113-F

Responsável pela prescrição e avaliação:

Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente os prazos de manutenção (como referido) de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica da instituição fornecedora, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar ser desempenho físico, o

Ana Paula Novais Gomes da Silva

deve-se zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e manutenção do equipamento ao

ASA, 24/04/14

Local e data

Ana Paula Novais G. Silva

Usuário ou responsável

SARA

2064774

Lourdes Marcelo Gonçalves

10383

898000437433201

02/03/32

F P

Mama Jureza Marcelo

16 33376627

Lourdes Marcelo Gonçalves

16 33376627

Av. Catanduba, 125 Jd. América

Araraquara

0320

SP

K811-220

0701010258164001 Cadena de Banco 01

Amputação transfemoral 5781

Severino Fox de Albuquerque

Lúcia Bassi Gonçalves

01/10/13

980016285078588

Lúcia Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 3/103.113-F

William Pio Martins

M350320001

LOURDES MARCELO GONCAL

21/10/2013 - 31/10/2013

170313675550006

0351323552668-0

SARA

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Simone José de Albuquerque
Nº. Prontuário: 10578
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas com ore de propulsores
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 19/03/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

19/03/2014

Simone José de Albuquerque
Usuário ou responsável



SARA

2064774

Edson Nascimento dos Santos

10.421

898.002.330.759.538 16/11/93 M B

Maria Cristina do Nascimento

3392-72.44

Maria Cristina do Nascimento

01316992 19.01.46

R. Bom Je Vi 230 J. Jaci

America Brasileira

SP 14820.000

0701010240164001 caduira de banco

01

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Análise Cerebral

6800

Felipe Mendes Montez
9724

Dr. Roberto Rodrigues

03/10/13

001334-3770001-5

DR. ROBERTO RODRIGUES
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 72002

William do Martins

M550320001

170313675550006

EDSON NASCIMENTO DOS SANTOS
16/08/2013 - 31/10/2013

0351323552682-3

SARA

2064774



INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO E PESQUISA
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
SARAA - Rua Santa Helena, 125 - 13050-000 - Araraquara - SP

TERMO DE COMPROMISSO, CIENTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Felipe Mendes Martins Mendes
ano: 2014

tipo: () ortese

() prótese

() auxiliar de locomoção

marca: cadeira de rodas adaptada

fornecedor: Casa Ortopédica Paralela Ltda

Rua Luzitana

Nº 1446

Bairro Centro

araras

CEP 13050-000

15-120

Telefone: (19) 3331-1224

FAX: (19) 3231-3689

Atual: 24 580 970 111

CGC: 06.743.589/0001-75

responsável p/ confecção / montagem: Cláudio Moreira de Souza

os componentes: 18 meses

visões: 1 / 1 / 1 (6 meses)

(12 meses)

Catamita da mão de obra: 12 meses

(18 meses)

Prescrição

At pela prescrição

escritção: 1 / 1 / 1

Data da entrega: 17/04/14

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUZ ASSUNÇÃO CARLITTE

ORTOPEDISTA

CRM 10.542-0

Responsável pela prescrição avaliado

Dr. Roberto Rodrigues
Med. Cir. 1902

Dr. Roberto Rodrigues
Med. Cir. 1902

s componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário lo deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o ncionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente os prazos de manutenção e ou revisão do acordo com cada tipo de componente. Estes azos estão determinados acima.

omunicar os problemas ocorridos a comissão técnica de avaliação fornecedora, que convocará o técnico ortopédico sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a utilização por usuário físico, o

efe-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o e em máximo 2 anos. Para isso contará com o apoio a fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e ncionamento do equipamento ao

17/04/14

Local e data

Felipe Mendes Martins Mendes

Assinatura do responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARH** CNES: **2069779**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Luiz Alberto Rodrigues Sellen** Nº DO PRONTUÁRIO: **10503**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **518450031177811015** DATA DE NASCIMENTO: **23/09/71** Sexo: **Masc.** ☒ **Fem.** ☐ RAÇA/COR: **BR** ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DA MÃE: **Emilia Rodrigues Sellen** TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

NOME DO RESPONSÁVEL: **Luiz Alberto Rodrigues Sellen** TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **16 88019525**

TIPO DE MORADIA: **Própria** ENDEREÇO: **Rua, 850** BAIRRO: **Barra**

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Caruaru** CID, IBGE MUNICÍPIO: **520** UF: **PE**

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0301011255** SERVIÇO: **1064** CLASSE: **1** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Exame de hemograma** QIDE: **01**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: QIDE:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: QIDE:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: QIDE:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: QIDE:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: QIDE:

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Hemofilia** CID10 PRINCIPAL: **6810** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES: **Solicitar Flávio Aguiar 6359**

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Luiza Barni Gonçalves** DATA DA SOLICITAÇÃO: **11/07/13** ASSINATURA E CARIMBO INSCRIÇÃO DO CONSELHO: **Luiza Barni Gonçalves**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **47810101162135520858** FISIOTERAPIA: **CRÉDITO 01/02/13-8**

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William de Almeida** CÔD. CATEG. PROFISSIONAL:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **17031131621515150006** 03513235519761

DATA DA AUTORIZAÇÃO: **30/06/13** ASSINATURA E CARIMBO INSCRIÇÃO DO CONSELHO:

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Sebastião Flávio de Aguiar
Nº. Prontuário: 6357
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
☒ () auxiliar de locomoção
Especificação: Cadureira de Sanha
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Dr. Aracy

Local e Data

Sebastião Flávio de Aguiar

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SMA

CNES

2101619774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Maria Severina da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

9795

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

591810101118121710101219

DATA DE NASCIMENTO

08/05/34

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RACIA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Severina Maria de Lima

NOME DO RESPONSÁVEL

Maria Severina da Silva

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Av. Antônio Colombo 298

BAIRRO

P. Aug. do Sul II

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Charaçuano

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14180-8376

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0130110102518

SERVIÇO

1614

CLASS

001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cadeira de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

subst. M. Orlando

QTDE.

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

Francisco

QTDE.

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

6609

QTDE.

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiplegia

CID10 PRINCIPAL

G811

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Dmas Granini Almeida

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael Dmas Granini Almeida
Neurologia e Ortopedia
CREFITO: 31.87672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91810101116121819181012131513

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

M350320004

MARIA SEVERINA DA SILVA

01/09/2013 - 30/09/2013

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11710131113161715151510101016

0351323551983-8

DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/13 a 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3824

CNES

2101619774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33223592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Orlando Francisco
Nº. Prontuário: 6664
Filiação: Associação do Condição Francisco
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: Ortosa de banda de arco de
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.951.261/0001-55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data da entrega: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação

Obs:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 24.02.14
Local e Data

Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Marina Fonseca Perillo

Nº. Prontuário: _____

Filiação: _____

Equipamento: () órtese

() prótese

(x) auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas elétrica com rodas propuloras

Empresa fornecedora: CENTROVEDICA - Hóis (João Gualberto)

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: 6/13/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

6/13/2014

Local e data

[Assinatura]
Usuário ou responsável

Ministério
da Saúde



APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2101641774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Adairbal de Andrade Cevada

Nº DO PRONTUÁRIO

10879

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8718101027413166512411

DATA DE NASCIMENTO

11/04/68

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Teresa de Andrade Cevada

NOME DO RESPONSÁVEL

Adairbal de Andrade Cevada

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Lazare Machado, 70

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caracaraçu

COD. IBGE MUNICÍPIO

0322

UF

SP

CER

519198069328

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

01701101102518

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ami plégia flácida

CID10 PRINCIPAL

G810

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Reginaldo da Silva

11/33

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Andreza Goria

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Andreza Goria
Terapeuta Ocupacional
CREPITO 03 - 13339 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

78101011612181413115161615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

17350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1171013113161715151510101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11/11/11

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2101641774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Reginaldo da Silva

Nº. Prontuário: 11175

Filiação: _____

Equipamento: ☐ órtese

☐ prótese

☒ auxiliar de locomoção

Especificação: cadeira de rodas com cor de madeira

Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME

Endereço: Rua General Osório

Nº. 1560

Bairro: Centro

Cidade: Taquaritinga

UF: SP

CEP: 15900-000

Telefone: (16) 3253-3754

Insc. Estadual: 684.046.058.111

CGC: 16.851.261/000155

Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

____/____/____ (18 meses)

Origem da Prescrição: _____

Responsável pela prescrição: _____

Data da prescrição: ____/____/____

Data da entrega: 26/12/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/avaliação

Dr. Alberto de Oliveira
CRM nº 10.000
R. Bahia nº 1125
Vila Xavier

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

26/12/2014

Local e Data

Reginaldo da Silva

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20614774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Gilberto Bonini

Nº DO PRONTUÁRIO

1126

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819181010209612131912151517

DATA DE NASCIMENTO

03/04/1978

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA/COR

5

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

TELEFONE CELULAR

116313261151416

NOME DA MÃE

Maria Beatriz de Fátima

NOME DO RESPONSÁVEL

Gilberto Bonini

DDD

TELEFONE CELULAR

DDD

Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE DE CONTATO

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Pq. Manoel Manoel, Aracaju, Al. 712

BAIRRO

Solmi de I

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Aracaju

COD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SE

CEP

511430101010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

01710110110121518

SERVIÇO

CLASS

1161401011

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadência de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hemiparesia

CID10 PRINCIPAL

G81.1

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Manoel Ferreira da Silva 11015

SOLICITADOR

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Roberto Rodrigues

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/11/2013

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

20115542790800118

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Marim

COD. ORGÃO EMISSOR

M350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1710311367555100006

GILBERTO BONINI

01/11/2013 - 30/11/2013

0351323553177-3

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1/1

01/11/2013 a 30/11/2013

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Manuel Ferreira da Silva
Nº. Promitório: 110/16
Filiação: _____ e _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas com corrimão de alumínio
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 25/2/2014

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição e avaliação

Dr. Roberto de Aguiar
Médico
CRM 12009

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

25/2/2014

Local e Data

Roberto de Aguiar
Usuário ou responsável

Arduino



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia n.º 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228392

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Helaine Fregues
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho de ar e de
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5734
Insc. Estadual: 684.046.958.111 CGC: 16.851.261/0901.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) Garantia da mão de obra: 12 meses
Origem da Prescrição: ____/____/____ (18 meses)
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 25/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

25/02/14
Local e Data

Luiz Antonio Gilotti
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 21064779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Diego do Carmo Aparecido Baldavira Nº DO PRONTUÁRIO: 10256
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 89181010101417919185212 DATA DE NASCIMENTO: 06/06/90 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.
 RAÇA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Clairne Soares P. Luiz Baldavira DDD: Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Clairne Soares P. Luiz Baldavira DDD: Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Osvaldo Pires Ferreira, 158 BAIRRO: Miniclei
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Maracana COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14806-909

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0810110110258 SERVIÇO: 1109001 CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: cadura de cabelo QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: G809 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES: foi Claudio Antonio da Silva 11/13

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Julia Lindeira Gera DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/11/13
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 9181010110121014131118161615 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Julia Lindeira Gera
Terapeuta Ocupacional
CRETOI - 13339 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William do Martino COD. ÓRGÃO EMISSOR: 1135032000
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1171013111310191515510101016 DIEGO DO CARMO APARECIDO
 (E PROCTA - 30/09/2013)
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/07/13 3009/13
 0351323551918-9

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 21064779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Cláudio Antônio da Silva
Nº. Prontuário: 11143
Filiação: _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☐ auxiliar de locomoção
Especificação: Calçada de bambu d'Arco de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 26/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO GUIRELLI

PROFESSOR

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

26/02/14

Local e Data

Cláudio da Silva

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARS

CNES

21064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Sergio Soares de Oliveira

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898100112342012214

DATA DE NASCIMENTO

09/09/98

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA/COR

3

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Claudia Regina Santo Oliveira

NOME DO RESPONSÁVEL

Claudio Regina Santo Oliveira

TIPO DE LOGRADOURO

avenida

ENDEREÇO

Maria Regina Gaiano, 57

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

BAIRRO

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

0320

SP

14807335

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701101102518

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caducia de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Central

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Wilson Amunqos de Freitas

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D.G. Diniz

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael Diniz
Físico - Fonoaudiólogo
C.R.C.F. 3787572-9

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91810011621841810231513

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martin

COD. ÓRGÃO EMISSOR

1350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11710131131617151510101016

SERGIO SOARES DE OLIVEIRA
41/09/2013 - 20/09/2013

0351323552011-3

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Walter Carlos de Freitas
Nº. Prontuário: 302.34
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: Órtese de canela direita
Empresa fornecedora: João Gurelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5734
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Gurelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____
Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi ~~por~~ examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIZ FERNANDO GURELLI
FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/avaliação

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____
Compromete-se a reter pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SAHA** CNE: **206977719**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Pedro Teixeira de Barros** Nº DO PRONTUÁRIO: **11050**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **897810010191963171688** DATA DE NASCIMENTO: **08/11/57** SEXO: **Masc.** SAGACOR: **BR** ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: **Edilma Maria da Barros** DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: **Pedro Teixeira de Barros** DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: **Sítio** ENDEREÇO: **San. Matthews, dt 11** BAIRRO: **Cambo Bueno And**
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Chacara** COD. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **SP** CEP: **14802000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **01701101021518** SERVIÇO: **164** CLASS: **001** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **caduça de banco** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Hemiplegia** CID-10 PRINCIPAL: **G811** CID-10 SECUNDÁRIO: CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

Diabel Ogama 8845

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Pedro Barros Granini Abreu** DATA DA SOLICITAÇÃO: **10/09/13**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **915100116121814181012131513** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CREFITO: **3787672-F**

AUTORIZADOR

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William da Martins** COD. ÓRGÃO EMISSOR: **m350320001**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **11910131113161315151510101016** DATA DA AUTORIZAÇÃO: **10/09/13**
 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): PEDRO TEIXEIRA DE BARROS
 01/09/2013 - 30/09/2013
 0351323552002-5

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **SAHA** CNE: **206977719**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: João Girelli Junior
Nº. Promitório: 229
Filiação: João Girelli Junior
Equipamento: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção
Especificação: Caneta Com Cão de Apoio
Empresa fornecedora: João Girelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF- SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 654.646.853.111 CEC: 16.251.769/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Girelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Garantia da mão de obra: 12 meses
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / /
Data da entrega: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o
Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Usuário ou responsável

Mudou-se

10706

Ministério
da Saúde

APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SAH

CNPJ

201647774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Shirley Oliveira da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

8844

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

12413910151191801005

DATA DE NASCIMENTO

31/12/30

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

93

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Francisca Oliveira da Silva

NOME DO RESPONSÁVEL

Nestor Oliveira da Silva

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Rua Sereia de Carmo, 13

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caracarama

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

59

CEP

14811362

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

010110110258

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadastramento de bombo

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tuberculose

CID10 PRINCIPAL

G824

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Barros Guimarães Oliveira

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/05/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9181010116121814181012151513

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

SILVESTRE OLIVEIRA DA SI
13/09/2013 - 30/09/2013
0351323552014-6

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

13850520001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117101311131617151510101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/05/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1/1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SAH

CNPJ

201647774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Francisco de Assis Silva
Nº. Prontuário: 1178
Filiação: Sociedade Sargento Romão
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Andador com 2 rodas e 1 apoio
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3255-5754
Insc. Estadual: 684.946.052.111 CGC: 16.851.261/0001-55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data da entrega: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ALBERTO BARBOSA
FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data

Usuário ou responsável

Felipe

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20169779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: João Vitor Guedes Jones Nº DO PRONTUÁRIO: 10718
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8918101021109124919612 DATA DE NASCIMENTO: 27/01/10 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Juliana Ar. Guedes da Silva TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 1633951321016
 NOME DO RESPONSÁVEL: Juliana Ar. Guedes da Silva TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Pavão Negro, 50 BAIRRO: P. D. Calmon
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Linópolis Cód. IBGE MUNICÍPIO: 51815300000 UF: SP CEP: 13000000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 01201101119234 SERVIÇO: 16900N CLASS: NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Cadeira de banho QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Parálisia Cerebral CID10 PRINCIPAL: E80.8 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES: P/ João Magalhães 10430

SOLICITAÇÃO

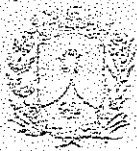
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luiza Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luiza Bassi Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 918101011012181510170101010 FISIOTERAPEUTA CREFITO 3103.113-1

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Rio Martins Cód. Órgão Emissor: 1330320007 JOÃO VITOR GUEDES GOMES
 01/09/2013 - 30/09/2013
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 113013113161715151510101016 0351323551957-4
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20169779



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Zênite - Telefone 34228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Karl Fernando Maciel Magalhães
nro: _____

tipo: ☒ Órtese

☐ Prótese

☐ Auxiliar de locomoção

ção: cadeira de rodas contra

omercadora: Casa Ortopédica e Prótese Ltda.

Rua Luzitana

Nº 1346

Bairro Centro

ampinas

CEP: 130

15-126

Telefone: (19) 32313689

FAX: (19) 32313689

lual: 244.589.970-111

CNPJ: 06.638.528/0001-76

responsável p/ confecção / manutenção: Clotilde Viana de Souza

os componentes: 18 meses

visões: 1 / 1 (6 meses)

2

(12 meses)

Garantia de não obra: 12 meses

07/04/14 (18 meses)

Prescrição:

rel pela prescrição:

Prescrição: 1 / 1

Data da entrega: 1 / 1 / 1

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

07/04/14 pela prescrição/avaliação

s componentes do equipamento só devem ser ajustados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o
neionamento básico de mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção com revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima.

omunicar os problemas relativos à manutenção técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

cto-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

07/04/14
Local e data

Maíla
usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20169774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Mário Aparecido Dotti

Nº DO PRONTUÁRIO

105511

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2101651613141310110101019

DATA DE NASCIMENTO

03/09/59

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/CDR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

NOME DA MÃE

Albertina Fabiana Dotti

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

NOME DO RESPONSÁVEL

Mário Aparecido Dotti

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

Rua

Luiz R. Dotti Filho 515

BAIRRO

D. Pinheiro

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araraquara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

10320

UF

SP

CEP

14811-938

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

01710110110121518

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de bônho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

CID10 PRINCIPAL

G800

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

O paciente não apresenta mais sintomas de paralisia cerebral.

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Diniz Guimarães Oliveira

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

9181010116121819181012131513

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael Diniz Guimarães Oliveira

Médico Especialista em Ortopedia

CREFITO: 31.87812-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

11950370001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1171012113161319151510101016

DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

MÁRIO APARECIDO DOTTI
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551980-5

01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

20169774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Durvalina Stupato
Nº. Prontuário: 11173
Filiação: Maria da Conceição de Paula e
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Cadeira de banho com arco de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3233-5734
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data da entrega: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS A. GUIRELLI JUNIOR

RESPONSÁVEL PELA PREScrição/avaliação

 Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser mantidos por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Monary 18.03.14
Local e Data

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

SARA

20649774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Claudia Maria Alves

10516

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RACIA/COR

ETNIA

38131490461134910412

17/10/64

Masc. ☐ Fem. ☒

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

Mãe de Fm Alves

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

Carla - irmã

1651265794

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

BAIRRO

Rua Sd de agosto, 1198

Vila Xavier

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

Choromaçara

0320

59

114301000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

017910110258

1164 9011

cadura de zomho

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

Analisa Cerebral

G808

OBSERVAÇÕES

Troca p. Isaura Batista D. Farias 10861
10861

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Isaura Cristina Silva

01/09/13

Isaura Cristina Silva
Zeladora Ocupacional
CRP/TO - 13339 TO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

918101011121313111161615

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ÓRGÃO EMISSOR

CLAUDIA MARIA ALVES
01/09/2013 - 30/09/2013

William dos Santos

1350020001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11401311131617151510101016

0351323551911-2

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

06/09/13

William dos Santos

01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

SARA

20649774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: João Guirelli Junior
Nº. Prontuário: 10851
Filiação: _____
Equipamento: ☐ ortese
☐ prótese
☐ auxiliar de locomoção
Especificação: Ortose de tornozelo com arco fixado ao pé
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: (24.046.058.111) CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 26.02.19
Local e Data

João Guirelli Junior
Usuário ou responsável
Fulba

SSRS

10.350

Augusto Pereira Leite Caiano

8981000.170.539.522 10/9/02 A - 3

Donia Regina Pereira Leite

07516 99718.33.42

Donia Regina Pereira Leite

07516 99784.01.55

R. Maria Cristina Gomes Giardeis 596 J. Urupuru

Maracagnara - SP

0320 SP 14801.970

0701010240164001 cadina de banho

01

Paralisia Cerebral não especificada

6809

Falecido

Mathius Henrique Modesto 10663

Luisa Bassi Gonçalves

01.10.13

98 0016 285 0788 88

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREITO 3103.113-F

William Pio Martins

M350320001

170 313675.550 006

AUGUSTO PEREIRA LEITE CA
03/10/2013 - 31/10/2013

0351323552673-5

SSRS

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1175 - Vila Xaviera - Telefone: 3228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Matheus Henrique Accordo

Idade: _____

tipo: () ortese
() prótese
() auxiliar de locomoção

marca: Ortopedia de Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana Nº. 1446 Bairro: Centro
Cidade: Araraquara - SP

Telefone: (19) 32331428 FAX: (19) 32313689

CNPJ: 24.458.970/111 CGC: 01.638.588/0001-76

Responsável p/ confecção / montagem: Cleonice Moreira de Souza

Validade dos componentes: 18 meses

Revisões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

Garantia da mão de obra: 12 meses

/ / (18 meses)

Prescrição:

Validade da prescrição:

Prescrição: / /

Data da entrega: / /

O equipamento acima descrito foi entregue ao usuário de acordo com a prescrição

Responsável pela prescrição/avaliação:

Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico.

O usuário deve zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

Araraquara, 08/04/2009

Local e data

Matheus Henrique Accordo

Usuário ou responsável

Ministério
da Saúde



APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

Pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2064AA9

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Geraldo Barbosa

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1081050689850001

DATA DE NASCIMENTO

22/09/61

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA/COR

92

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Ana Ap. de Paula e Silva

NOME DO RESPONSÁVEL

Generaldo Barbosa

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Rua Teófilo Cunha Vianna, 451

BARRIO

Palmeiras II

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boca Esmeralda do Sul

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

5-P/14930000

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0170110110258

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

caduça de bombo

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Sr. Carlos Odaciano
10061

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luiza Rosa Sencabres

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

7810101162851078888

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

M350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117103113161751551001018

GERALDO BARBOSA

01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551939-8

2

DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2064AA9



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Carlos Oscar da Spinelli
Nº. Prontuário: 141061
Filiação: Luana Monica Spinelli
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de rodas com assento reclinável
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____ Data da entrega: / /
Data da prescrição: / /

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Luiz Antônio de Mello
FISIOTERAPEUTA
REGISTRO 15225240-5

Responsável pela prescrição/avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manipulados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, aquisição e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 23/02/14

Lugar e Data

Luciane Ferreira

Usuário ou responsável

Filha

Ministério
da Saúde



APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARH

CNES

20691719

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

APARECIDA DE SOUZA ROSA

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898190941612512181563

DATA DE NASCIMENTO

22/08/94

SEXO

Masc ☐ Fem ☒

RACACOR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

NOME DA MÃE

Maria Mariana de Souza

NOME DO RESPONSÁVEL

APARECIDA DE SOUZA ROSA

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

Rua Francisco Augusto Gonçalves 74

BAIRRO

V. Lacerdópolis

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

COD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

1330 52114801541

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0101010101012518

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Caduna de banho

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Amniotomia transmembranal

CID10 PRINCIPAL

S781

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

10365

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Júlia Linduza Rosa

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

01510101010125181215111816615

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura e Carimbo do Conselho
Tema 10/09/13
RESOLUÇÃO 1133/10

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

COD. ÓRGÃO EMISSOR

18350320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1171013111316171515151010106

APARECIDA DE SOUZA ROSA
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551900-2

DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura e Carimbo do Conselho
Tema 10/09/13
RESOLUÇÃO 1133/10

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

1171013111316171515151010106

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARH

CNES

20691719



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228392

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Marlene dos Reis A.
Nº. Prontuário: 10.565
Filiação: _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: Calçado de bota de couro de
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3233-5734
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 21/12/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Luiz Armando
Responsável pela prescrição/ avaliação

Obs.:

- Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
- Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
- Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

26/02/14

Local e Data

Marlene dos Reis A.
Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **206197719**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Wilson de Castro** Nº DO PROMITÁRIO: **8090**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **819181002135161931572157** DATA DE NASCIMENTO: **12/11/41** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. **32** ETNIA: **32**
 E-MAIL PARA CONTATO: _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____
 NOME DA MÃE: **Marlene Maria de Jesus** UDD: _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____
 NOME DO RESPONSÁVEL: **Wilson de Castro** UDD: _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **11628131-4151319**
 TIPO DE LOGRADOURO: **Rua** ENDEREÇO: **Eng. José dos Santos, 109** BAIRRO: **19. Japapira**
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Quaraná** Cód. IBGE MUNICÍPIO: **0920** UF: **SP** CEP: **1314810294**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0170110110125B** SERVIÇO: **16410611** CLASS: _____ NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Caducara de bumbo** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Paraplegia** CID10 PRINCIPAL: **G822** CID10 SECUNDÁRIO: _____ CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____
 OBSERVAÇÕES: **Cláudio Belém da Silva 10883**

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Roberto de Jesus** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/10/13** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): _____
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **21011151541241916181010113**

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William do Martins** Cód. Órgão Emissor: **1235032001** WILSON DE CASTRO
 01/11/2013 - 30/11/2013
 0351 323552038-8
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **11210131113161215151510101016**
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: **01/11/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____
 IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE): _____
 CNES DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____ FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **SARA** CNES: **206197719**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia n°. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228392

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Cláudio Gomes da Silva
Nº. Prontuário: 10213
Filiação: _____
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: Caneta de apoio para o pé esquerdo
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório N°. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.946.658.111 CGC: 16.851.261/0001.55
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: ____/____/____

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e Data

Usuário ou responsável

Jalean Rio 11/13

Ministério da Saúde **SUS** Sistema Único de Saúde

APAC Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Laudo de Solicitação / Autorização

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20619774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Vicente Antonio da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO

77972

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918101011315716119191818

DATA DE NASCIMENTO

25/06/23

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Maria Sallia da Conceição

DDD

TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Vicente Antonio da Silva

DDD

TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

Rua Vicente de Paula, 252

BAIRRO

Vila Xavier

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araraquara

COD. IBGE MUNICÍPIO

0920

UF

SP

CEP

14801-109

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0171011011021518

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cadaver de bônho

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

2/ Dentas Buco

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

Nova Bico 10380

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ampulção transforamural

CID10 PRINCIPAL

5781

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Roberto Roanque

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

21011151514121719101810191118

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William do Martin

COD. ÓRGÃO EMISSOR

M3S032-001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117101311131613151510101016

VICENTE ANTONIO DA SILVA
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323552027-8

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

20619774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Luiz Carlos Guimaraes da Silva
Nº. Prontuário: 15580-5
Filiação: Luiz Carlos Guimaraes da Silva
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☒ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de roda c/ arco de propulsão
Empresa fornecedora: João Guirelli Junior - ME
Endereço: Rua General Osório Nº. 1560 Bairro: Centro
Cidade: Taquaritinga UF: SP
CEP: 15900-000 Telefone: (16) 3253-5754
Insc. Estadual: 684.046.058.111 CEC: 16.851.261/000155
Técnico responsável p/ confecção / montagem: João Guirelli Junior
Garantia dos componentes: 18 meses
Data de revisões: / / (6 meses) / / (12 meses) / / (18 meses)
Origem da Prescrição:
Responsável pela prescrição:
Data da prescrição: / / Data da entrega: 24/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3125140-4

Responsável pela prescrição/ avaliação

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

24/02/14

Local e Data

Usuário ou responsável

Luiz Carlos Guimaraes da Silva
usuário

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **20647779**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Richard Fernando Gomes Cardoso** Nº DO PRONTUÁRIO: **10193**
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **2011601976590007** DATA DE NASCIMENTO: **05/10/94** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RACIA/COR: **32** ETNIA:
E-MAIL PARA CONTATO:
NOME DA MÃE: **Adriana de Lurdes C.G. Cardoso** DDD:
NOME DO RESPONSÁVEL: **Adriana de Lurdes C.G. Cardoso** DDD:
TIP. DE LOGRADOURO: **Lua** ENDEREÇO: **Porfírio Marques Andrade, 78, B. Imperador** BAIRRO:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Cerateguara** COD. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **SP** CEP: **18061-75**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **01701101102410** SERVIÇO: **116410011** CLASS: **1** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Cadaver de banco** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **ROCA** CID10 PRINCIPAL: **G809** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
OBSERVAÇÕES: **Augusto de Emilia Pereira**

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Luiza Bassi Sena** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **980101162850788888**

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William Pio Martins** COD. ÓRGÃO EMISSOR: **M350320001** RICHARD FERNANDO GOMES C
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **117031136755500006** 0351323551885-9
DATA DA AUTORIZAÇÃO: **01/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **01/09/13. 30/09/13**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: **SARA** FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **20647779** CNES: **20647779**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Richard Fernando J. Cardoso
tário: _____

nto: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção

ção: cadeira de banho adaptada

orneecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

ampinas

UF: SP

15-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

tual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

los componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

visões: ____/____/____ (6 meses)

____/____/____ (12 meses)

____/____/____ (18 meses)

i Prescrição: _____

el.pela prescrição: _____

rescrição: ____/____/____

Data da entrega: 20/03/14

o. O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição/ avaliação.

s componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário
io deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o
ncionamento básico do mesmo.

bservar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes
azos estão determinados acima.

omunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico
sponsável para realizar o reparo.

o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

cte-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio
a fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

20/03/14

Local e data

Richard Fernando J. Cardoso
Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Maiken Cip. Fernandes
Nº. Prontuário: _____
Filiação: _____ e _____
Equipamento: () órtese
() prótese
() auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira de banho adaptada
Empresa fornecedora: Jacomio Aricó Júnior
Endereço: Av. Feijó Nº 625 Bairro: Centro
Cidade: Araraquara UF: SP
CEP: 14801-140 Telefone: 16- 33227397 FAX: 16- 33227397
Insc. Estadual: 181.125.290.118 CGC: 01.896.795/0001-20
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Fábio Lucas de Godoi
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ____/____/____ (6 meses) ____/____/____ (12 meses) ____/____/____ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ____/____/____ Data da entrega: 27/03/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Luiz Antônio de Almeida

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. _____

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

27/03/14

Local e data

[Assinatura]

Usuário ou responsável

SARAH

2064774

Ana Carolina de Oliveira Basso

11/11

898.004.048.270.119 28/5/06

Erica Cristina de Oliveira Basso

07516 981.25.00.34

Jenaina

07516 3359.00.26

Antônio Piva, 23 e Vitoria de Santi

Aracaju SP

0320 SP 14808 663

0701010240164001 cadauna de bombo

01

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----|
| NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTE |
| CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTE |
| CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTE |
| CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTE |
| CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTE |
| CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTE |

Paralixia Central

6809

TROCA - Natália Vitoria Gomes
 Roque #011207

Roberto Rodrigues

01/10/13

201554 279080018

Dr. Roberto Rodrigues
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - 72000

William Rio Martins

M350320001

170313675550006

ANA CAROLINA DE OLIVEIRA
 01/10/13 - 31/10/2013

0351323552672-4

SARAH

2064774



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 35228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ORTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário:

Nº. Prontuário:

Filiação:

Equipamento: () órtese

() prótese

() auxiliar de locomoção

Especificação:

Empresa fornecedora: Casa Ortopédica Philadelphia Ltda

Endereço: Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro: Centro

Cidade: Campinas

UF: SP

CEP: 13015-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Insc. Estadual: 244.589.970.111

CGC: 01.638.588/0001-76

Técnico responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

Garantia dos componentes: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

Data de revisões: / / (6 meses)

/ / (12 meses)

/ / (18 meses)

Origem da Prescrição:

Responsável pela prescrição:

Data da prescrição: / /

Data da entrega: 12/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

LUIS ARMANDO GARLIPPE

FISIOTERAPEUTA

Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr.

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Araraquara, 12/02/14

Local e data

Garimara Brito de Oliveira

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SALA CNES: 206917714

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Augusto Rafael de Souza Nº DO PRONTUÁRIO: 10367
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8191810101170151918121815 DATA DE NASCIMENTO: 18/09/99 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Andréia Helena dos Santos DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Andréia Helena dos Santos DDD: 16 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 333517113213
 TIPO DE LOGRADOURO: Lua ENDEREÇO: duque Magu, 18 BAIRRO: St. Clara
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Umaraima Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14811-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 01701101101021518 SERVIÇO: 164 CLASS: 0101 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Caduna de Banco QTDE.: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Roncha Gubral CID-10 PRINCIPAL: G808 CID-10 SECUNDÁRIO: CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES: Ronaldinho Schiavo
11A57

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Julia Vinícius Silva DATA DA SOLICITAÇÃO: 2/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Julia Vinícius Silva
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 91510101116121511315115161615 CRESS: 13235 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Rio Martins Cód. Órgão Emissor: m350320001 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): William Rio Martins
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11710131113161715151910101016 Nº: 35
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): William Rio Martins Nº: 01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SALA CNES: 206917714

AUGUSTO RAFAEL DE SOUZA
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551903-5



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A.- Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

RECEBIMENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário: Augusto Rafael de Souza
Nº. Prontuário: 10361
Filiação: Sancha Helena Santo e Augusto Borges Souza
Equipamento: ☐ órtese
☐ prótese
☐ auxiliar de locomoção
Especificação: cadeira banho
Empresa fornecedora: Ortopedia Mathias Ltda - EPP
Endereço: Av. Luis Smânio Nº. 300 Bairro: Jd. Chapadão
Cidade: Campinas UF: SP
CEP: 13070-058 Telefone: (19) 3242-3014 FAX: (19) 3242-6480
Insc. Estadual: 244.660.328.111 CGC: 03.593.512/0001-05
Técnico responsável p/ confecção / montagem: Milton Mathias de Oliveira
Garantia dos componentes: 18 meses Garantia da mão de obra: 12 meses
Data de revisões: ___/___/___ (6 meses) ___/___/___ (12 meses) ___/___/___ (18 meses)
Origem da Prescrição: _____
Responsável pela prescrição: _____
Data da prescrição: ___/___/___ Data da entrega: 06/02/14

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

[Assinatura]
Responsável pela prescrição/ avaliação.

Obs.:

1. Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.
2. Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
3. Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

Sr. Sancha Helena Santo

Compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da empresa fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Sancha Helena dos Santos
usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 2016197179

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Gabriel Soares Porto Nº DO PRONTUÁRIO: 10021
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 879810011913131391817156 DATA DE NASCIMENTO: 11/12/96 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RACIA/COR: BR ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 16335112131
 NOME DA MÃE: Deana Evangelista Soares Porto DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Deana Evangelista Soares Porto DDD: TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Ru ENDEREÇO: do do Agosto, 1150 BAIRRO: Vila Tainier
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Uruaçu Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: GO CEP: 74810-125

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 071010110253 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caduna de bombas QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paraplegia CID10 PRINCIPAL: G820 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

Mama ap. de fraco Vencendo 11059

SOLICITAÇÃO

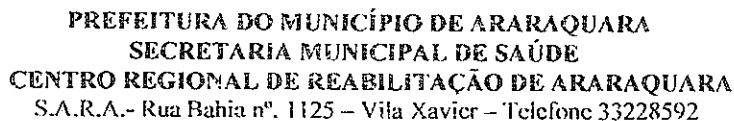
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Bassi Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 91510101116121313101715181815 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO 3103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Lio Martins Cód. Órgão Emissor: M350320001 GABRIEL SOARES PORTO
 01/09/2013 - 30/09/2013
 0351323551938-7
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11710131113161215151510101016
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): CREFITO 3103.113-F

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 2016197179



Regina E. Soares Porto
Usuário ou responsável



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO DE ARARAQUARA
S.A.R.A. - Rua Bahia nº. 1125 - Vila Xavier - Telefone 33228592

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE

MENTO DE ÓRTESE, PRÓTESE OU DISPOSITIVOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

usuário: Mirina Azevedo Kelli
Idade: 19/03

tipo: () órtese
() prótese
(x) auxiliar de locomoção

marca: cadeira de rodas manobrável

fornecedora: Casa Ortopédica Paralela Ltda

Rua Luzitana

Nº. 1446

Bairro Centro

Araraquara

UF: SP

CEP: 135-120

Telefone: (19) 32331428

FAX: (19) 32313689

Telefone: 244.589.970/111

CGC: 01.638.588/0001-76

responsável p/ confecção / montagem: Clemente Moreira de Souza

tempo de uso: 18 meses

Garantia da mão de obra: 12 meses

visões: 1 / 1 / 1 (6 meses)

1 / 1 / 1 (12 meses)

1 / 1 / 1 (18 meses)

Prescrição:

emitida pela prescrição:

data: 1 / 1 / 1

Data da entrega: 30/4/2014

O equipamento acima descrito foi por mim examinado e está de acordo com a prescrição.

Responsável pela prescrição e avaliação:
Clemente Moreira de Souza
CRM: 11.7572.F

Dr. Roberto Rodrigues
Med. Fisio
CRM 72002

Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou o funcionamento básico do mesmo.

Observar rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

Comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

O equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o

deve-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por no mínimo 2 anos. Para isso contará com o apoio da fornecedora e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao

30/4/2014

Local e data

[Assinatura]

Usuário ou responsável

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

201617779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Bryan de Freitas Junior

Nº DO PRONTUÁRIO

10590

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819180101121319611910101

DATA DE NASCIMENTO

13/05/05

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RAÇA/COR

32

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Mônica Cristina de Freitas

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Mônica Cristina de Freitas

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

ru.

ENDEREÇO

Cidade Nova

BAIRRO

São José

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caracara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

04180001010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07011011012410

SERVIÇO

CLASS

169001

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Cirurgia de Bócio

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paratuberculose

CID10 PRINCIPAL

G809

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

Bryan Junior Luiz M. Oliveira

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Juliana Cristina Silva

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Juliana Cristina Silva

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

915101011761251718118161615

Título Profissional
000000 - 11235 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Luiz Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

17950320001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11210151113161715151510101016

BRIAN DE FREITAS IGNACIO
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551906-8

DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11210151113161715151510101016

01/09/13 - 30/09/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

00000000000000000000000000000000

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

201617779



Usuário ou responsável



Entregas em andamento devido às adaptações, ajustes e condições clínicas.

Lucas Conclua

SARA

uma var

2064774

Icaro Fernandes Israel Magalhães

10430

898.000/18353258

18/08/05 M

BR

Daniela Maria Israel

Manstela - avo

16997479622

Av. Nino Gomes Freitas, 621 Jd. Biagem

Charaguara

0320

SP 14810-536

0701010240104001 cadencia de banco 01

Paralisia Cerebral

6800

Luisa Bassi Gonçalves 01/10/13

77

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 3/103.113-F

780016285078888

William Pio Martins M350320001

ICARO FERNANDES ISRAEL M
8/30/2013 31/10/2013

170313675550006

03513235526636

SARA

2064774

SARA

2064774

Leandro Rodrigues de Almeida

10.437

000 692 256 340.004

03/08/88

M

B

Janilda Benfim de Almeida

051699164.8540

Janilda Benfim de Almeida

0516 3346.4178

R. Regdalina Delfim 169 J. Palmeiras II

Rua Esperança do Sul

SP

14.930.000

701010207164001 caduca monobloco 01

Paraplegia Flácida

6820

Dr. Roberto Rodrigues

01/10/12

Dr. Roberto Rodrigues
CRM 12690

William da Martins

M 330320001

LEANDRO RODRIGUES DE ALMEIDA
01/10/2012

150313675550006

0351323552691.1

SARA

2064774

Ministério
da Saúde



APAC

Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
Pedido de Solicitação / Autorização

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

APAC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

Masc.

Fem.

RACIA/COR

EMAIL PARA CONTATO

ENDEREÇO

NOME DO RESPONSÁVEL

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

COD. IBGE MUNICÍPIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

NOME DO PROCEDIMENTO

QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisia Cerebral

OBSERVAÇÕES

CODIGO PRINCIPAL

CODIGO SECUNDÁRIO

CODIGO CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Lúcia Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREITO 31103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

COD. ORGAO EMISSOR

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0351323541

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

7777H

12099779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Andréia Santos Oliveira

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

97800113030461082446

E-MAIL PARA CONTATO

DATA DE NASCIMENTO

10/04/1988

SEXO

Fem

RACIA

PB

RF DO PROPRIETÁRIO

110993

TELEFONE CELULAR

1140747001

TELEFONE DE CONTATO

1140747001

NOME DA MÃE

Andréia Santos Oliveira

NOME DO RESPONSÁVEL

Andréia Santos Oliveira

PROFISSIONAL

Andréia Santos Oliveira

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Brasília

ENDEREÇO

Andréia Santos Oliveira

COD. URG. MUNICÍPIO

581413000

UF

DF

CEP

581413000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

9346

SERVIÇO

9346

CLASS

9346

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Exame de Hemat

QIDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Tetraplogia

OBSERVAÇÕES

CID-10 PRINCIPAL

6824

CID-10 SECUNDÁRIO

CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Andréia Santos Oliveira

DATA DA SOLICITAÇÃO

12/05/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Luísa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 3103.113-7

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

97800110285078888

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Andréia Santos Oliveira

COD. ORÇÃO EMISSOR

PLACETA E ASSINATURA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

97800110285078888

0351323551948 6

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/05/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

7777H

CNES

12099779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: APAC CNES: 30000000

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Luciana Lúcia da Silva Nº DO PRONTUÁRIO: 10000
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 30000000 DATA DE NASCIMENTO: 10/07/19 SEXO: Masc. RAÇA/COR: BRANCA ETNIA: BRANCA
 E-MAIL PARA CONTATO: luciana.lucia@apac.org.br DDD: 11 TELEFONE CELULAR N.º DO TELEFONE: 9999-9999
 NOME DA MÃE: Luciana Lúcia da Silva DDD: 11 TELEFONE CELULAR N.º DO TELEFONE: 9999-9999
 NOME DO RESPONSÁVEL: Luciana Lúcia da Silva DDD: 11 TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE: 9999-9999
 TIPO DE LOGRADOURO: rua ENDEREÇO: rua da paz, nº 100 BAIRRO: centro
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Carapicuíba Cód. IBGE MUNICÍPIO: 35020 UF: SP CEP: 13500-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0101010101 SERVIÇO: 1 CLASS: 1 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Exame de sangue QTD: 1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTD |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paralisia Cerebral CID-10 PRINCIPAL: G80.0 CID-10 SECUNDÁRIO: CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Isa Bastos Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/07/19 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Isa Bastos Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 30000000 RFO: 31103.113-0

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: COD. ÓRGÃO EMISSOR: DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/07/19 ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 0351322551949

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO CRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. BGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. GRUPO EMISSOR

JULIA GOMES ALMEIDA
COORDENADORA DE SAÚDE

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

03513245519051

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

15

cell

1110F

Music

4818

...CID10 CAUSAS ASSOCIADAS...

OBSERVATIONS

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Anderson Goff
 1871-1944

ORDER NO. 12757

- -CÓD ÓRGÃO EMISSOR

INDEX

ALBERT R. MARRAS, JR.
1910-1992

0351323551904

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[illegible]

...CNEP

697

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNPJ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PROFISSIONAL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QIDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QIDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID-10 PRINCIPAL

CID-10 SECUNDÁRIO

CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Sônia Andreza Gorla
Terapeuta Ocupacional
CREFITO3 - 13339 TO

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓDIGO ORÇÃO EMISSOR

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0351323551891-4

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SUS

CNPJ

00.000.000/0001-91

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

SILVIA CRISTINA DE SOUZA

Nº DO PRONTUÁRIO

00000000000000000000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

00000000000000000000

DATA DE NASCIMENTO

01/01/1980

SEXO

Masculino

RAÇA/COR

Branca

LÍNGUA

Portuguesa

E-MAIL PARA CONTATO

silvia.cristina@usp.br

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE CELULAR

DDD

TELEFONE CELULAR

NOME DA MÃE

SILVIA CRISTINA DE SOUZA

NOME DO RESPONSÁVEL

SILVIA CRISTINA DE SOUZA

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE DE CONTATO

TIPO DE LOCOMOÇÃO

Carro

ENDEREÇO

Rua dos Gólgos, 100 - Jd. do Paraíso

PAÍS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campinas

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

00000000

UF

SP

CEP

00000000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CLASSIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTO PRINCIPAL

00000000000000000000

SERVIÇO

00000000000000000000

CLASS

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

00000000000000000000

OTDR

00000000000000000000

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

OTDR

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

OTDR

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

OTDR

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

OTDR

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

00000000000000000000

OTDR

00000000000000000000

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

CID-10 PRINCIPAL

G93.0

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

CID-10 PRINCIPAL

G93.0

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Tetaplegia

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/01/2010

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Tetaplegia

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

00000000000000000000

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Tetaplegia

CÓD. ORÇÃO EMISSOR

00000000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

00000000000000000000

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/01/2010

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Tetaplegia

NOME DO PROFISSIONAL

Tetaplegia

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

00000000000000000000

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

00000000000000000000

CNS

00000000

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNPJ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

PACIENTE

LINHA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CLÍNICA
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CLÍNICA
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE ESTABELECIMENTO

ENDEREÇO

Cidade

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASSE

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓDIGO

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

EXAME PRELIMINAR - EXISTÊNCIA DE DOENÇA PREVIAMENTE DIAGNOSTICADA

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO RESPONSÁVEL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CREMEP 31715124

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

NOME DO RESPONSÁVEL

NOME DO RESPONSÁVEL

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0351 275124

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL (CNS, CRM, CRO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNPJ

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **2064777**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Felipe Mendes Martins Monteiro** Nº DO PRONTUÁRIO: _____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **7094904740199167** DATA DE NASCIMENTO: **10/09/99** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. **32** RACIA/COR: _____ ETNIA: _____
E-MAIL PARA CONTATO: _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____
NOME DA MÃE: **Francisca F.M. Monteiro** DDD: _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: _____
NOME DO RESPONSÁVEL: **Francisco F.M. Monteiro** DDD: _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **1633297313**
TIPO DE LOGRADOURO: **AV** ENDEREÇO: **Augusto da Silva, 94** BAIRRO: **D. Francisca**
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Chavaguará** Cód. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **SP** CEP: **119806466**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0701010339** SERVIÇO: **16410101** CLASS: **abdominal** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **lipo cavale** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: _____ CID10 PRINCIPAL: **G834** CID10 SECUNDÁRIO: _____ CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____
OBSERVAÇÕES: _____

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Julia Chaves Silva** DATA DA SOLICITAÇÃO: **1/1** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): _____
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **780016283318665**

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **William do Martins** Cód. Órgão Emissor: **1750320001** **FELIPE MENDONÇA MARTINS**
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **170313675550006** **03513235519339**
DATA DA AUTORIZAÇÃO: **26/07/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **01/07/13** **20/07/13**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: _____ FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **SARA** CNES: **2064777**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARH

CNES

2064779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Felipe Mendes Martins Monteiro

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7074404841019967

DATA DE NASCIMENTO

02/05/99

SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

RACIA/COR

BR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Francisca F. M. Monteiro

NOME DO RESPONSÁVEL

Francisca F. M. Monteiro

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

R

ENDEREÇO

Avenida da Liberdade, 44

BAIRRO

B. Indaiva

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maravilha

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

01406460

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010304

SERVIÇO

164001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

apac lateral quadril 07

QTDE

07

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

G824

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Julia Andressa Silva

DATA DA SOLICITAÇÃO

1/1

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

78001628318665

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Rio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

m350320007

FELIPE MENDES MARTINS MONTEIRO
Médico - CRM 12.345/2011

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

170313625550006

0351323551932-1

DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/07/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1/1

01/07/13. 00/01/13

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARH

CNES

2064779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **2064174**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Felipe Mendes Martins Monteiro** Nº DO PRONTUÁRIO:
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **801440484019967** DATA DE NASCIMENTO: **02/03/99** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: **B.R.** ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO:
 NOME DA MÃE: **Francisca F.M. Monteiro** TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: **Francisca F.M. Monteiro** TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: **1633297313**
 TIPO DE LOGRADOURO: **Av.** ENDEREÇO: **Augusto de S. 44** BAIRRO: **Indaial**
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Araraguara** Cód. IBGE Município: **0320** UF: **SP** CEP: **14806-66**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0170101029101640107** SERVIÇO: **Exame lateral franco** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Exame lateral franco** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **G834** CID10 PRINCIPAL: **G834** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Felicia Cruzes Gora** DATA DA SOLICITAÇÃO: **1/1** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **980016287318665**

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Felipe Mendes Martins Monteiro** Cód. Orgão Emissor: **MS0320001**
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **170313675550006**
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: **26/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **13**
 FÉLIX MENDES MARTINS MONTEIRO
CRM: 333013 - 17/09/2013
03513235519310

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: **SARA** FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **2064774** CNES: **2064774**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20641918

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Marcelo Gomes Okunaka Nº DO PRONTUÁRIO: 1115
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 501.515.142.30001518 DATA DE NASCIMENTO: 19/09/81 SEXO: Masc. RAÇA/COR: B ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Barbara Helena Okunaka DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Michele Geisa Okunaka DDD: 33 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 33555555
 TIPO DE LOGRADOURO: rua ENDEREÇO: Dr. Elias ... BAIRRO: Vila Harmonia
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Aracaju Cód. IBGE MUNICÍPIO: 6320 UF: SE CEP: 14803520

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 93011010223 SERVIÇO: 164 CLASS: 000 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: caecilia metecario QTDE: 6

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Tetraplegia CID10 PRINCIPAL: G55.0 CID10 SECUNDÁRIO: G54.0 CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto Rodrigues DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 501.515.142.30001518

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Roberto Martins Cód. Órgão Emissor: 1135032000 MICHELE GEISA OKUNAKA
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 501.515.142.30001518 0351323551880-4
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20641918

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: 00000 CNES: 2106117010

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: WILLIAM ROBERTO DE MOURA Nº DO PRONTUÁRIO: 00000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 81111111111111111111 DATA DE NASCIMENTO: 10/10/80 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: BR ETNIA: 00

E-MAIL PARA CONTATO: 00000 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 000 000000000

NOME DA MÃE: WILLIAM ROBERTO DE MOURA TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 000 000000000

NOME DO RESPONSÁVEL: WILLIAM ROBERTO DE MOURA TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 000 000000000

TIPO DE LOGRADOURO: 00 ENDEREÇO: 00000000000000000000 BAIRRO: 00000000000000000000

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 00000000000000000000 Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0000 UF: 00 CEP: 00000000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 00000000000000000000 SERVIÇO: 0000000000 CLASS: 0000000000 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 00000000000000000000 QTDE: 00

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------|
| <u>00000000000000000000</u> | <u>00000000000000000000</u> | <u>00</u> |
| <u>00000000000000000000</u> | <u>00000000000000000000</u> | <u>00</u> |
| <u>00000000000000000000</u> | <u>00000000000000000000</u> | <u>00</u> |
| <u>00000000000000000000</u> | <u>00000000000000000000</u> | <u>00</u> |
| <u>00000000000000000000</u> | <u>00000000000000000000</u> | <u>00</u> |
| <u>00000000000000000000</u> | <u>00000000000000000000</u> | <u>00</u> |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: 00000000000000000000 CID10 PRINCIPAL: 000 CID10 SECUNDÁRIO: 000 CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: 000

OBSERVAÇÕES: 00000000000000000000

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 00000000000000000000 DATA DA SOLICITAÇÃO: 00/00/00 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): 00000000000000000000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 00000000000000000000

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 00000000000000000000 Cód. Órgão Emissor: 0000000000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 00000000000000000000

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 00/00/00 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 00000000000000000000

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: 00000000000000000000 FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: 00000000000000000000 CNES: 00000000000000000000

WELLINGTON RODRIGO DIAS
0351323552033-3

CNES

JUL 9 1960

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº DO PRONTUÁRIO

---ETNIA

| | |
|----------|-------|
| RACA/COR | ETNIA |
| | |

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

| | |
|-----|------------------------------------|
| DDD | TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE |
|-----|------------------------------------|

—TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

| | |
|-----|------------------------------------|
| DDD | TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE |
|-----|------------------------------------|

—TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

| | |
|-----|---------------------------------------|
| DDD | TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE |
|-----|---------------------------------------|

- BAIRRO

BAIRRO *Guaymas*

-vi

| | | |
|---------------------|----|-----------|
| COD. IBGE MUNICÍPIO | UF | CEP |
| 62925 | SP | 05304-000 |

—QT DE.

QT DE.

—QTDE.

QTDE.

—QTDE

QTDE.

—QTDE

| | |
|------|--|
| QTDE | |
|------|--|

—QTDE

QTDE.

OTDE

QTDE

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

[illegible]

— ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

DR. ROBERT H. ROSEN
MAY 1964
C-100-1240

-CÓD. ÓRGÃO EMISSOR-

COD. ORGAO EMISSOR
000000

WELLINGTON RODRIGUEZ PLANO
C. 2006-07-20 10:00:00
03513235520344

— ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

-CNES-

CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____ CNES: 2677994

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------------|-----------------|---|---------------------------|------------------------|
| NOME DO PACIENTE
<i>Marcos Camargo Frazzini</i> | | | | | | Nº DO PRONTUÁRIO
<i>9655</i> | | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
<i>00000000000000000000000000000000</i> | | | | DATA DE NASCIMENTO
<i>1/1/78</i> | | SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐ | RAÇA/COR
<i>Branca</i> | ETNIA
<i>Branca</i> |
| E-MAIL PARA CONTATO
<i>mcamargo@terra.com.br</i> | | | | | | TELEFONE CELULAR
DDD <i>11</i> Nº DO TELEFONE <i>9332-1111</i> | | |
| NOME DA MÃE
<i>Maria da Conceição Frazzini</i> | | | | | | TELEFONE CELULAR
DDD <i>11</i> Nº DO TELEFONE <i>9332-1111</i> | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL
<i>Marcos Camargo Frazzini</i> | | | | | | TELEFONE DE CONTATO
DDD <i>11</i> Nº DO TELEFONE <i>9332-1111</i> | | |
| TIPO DE LOGRADOURO
<i>Rua</i> | | ENDEREÇO
<i>Marcos Camargo Frazzini</i> | | | | BAIRRO
<i>Real. Acapulco</i> | | |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
<i>Piracicaba</i> | | | | CÓD. IBGE MUNICÍPIO
<i>3500</i> | UF
<i>SP</i> | CEP
<i>14804-204</i> | | |

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | SERVIÇO | CLASS | NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | QTDE. |
|----------------------------------|---------|-------|--------------------------------|-------|
| 0701010215 | 164 | 001 | Limpeza de CRACO | 01 |

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |

| DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | CID10 PRINCIPAL | CID10 SECUNDÁRIO | CID10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|--------------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| Tetraplegia | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto Ricardo Gomes DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

| | | |
|--|---|---------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | CÓD. ÓRGÃO EMISSOR |
| <i>[Handwritten Signature]</i> | | <i>[Handwritten Code]</i> |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| <i>[Handwritten Number]</i> | | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO | ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| <i>[Handwritten Date]</i> | <i>[Handwritten Signature]</i> | |

WELLINGTON ROBERTO PIACCA
15-08-2015 14:30:00
0351323552032 2

| CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | | | | | | | | | FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | | | | | | | | | | CNS | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | 5 AR-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20614779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Vera Lucia Nº DO PRONTUÁRIO:
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 19910101111111111111 DATA DE NASCIMENTO: 11/11/11 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.
 RAÇA/COR: ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Maria Rodrigues Marques TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Vera Lucia Marques TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 0312147500
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Pedro Alvares Cabral 2003 BAIRRO: Centro
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: União da Oura Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0300 UF: SP CEP: 01101-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 07101010111111111111 SERVIÇO: 164 CLASS: 0001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: coronária QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Demência CID10 PRINCIPAL: F03 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES: Vai trocar por cadeira banho

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Roberto Rodrigues DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 61011511111111111111

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William da Moura Cód. Órgão Emissor: 03503200 VERA LUCIA MARQUES
 01/09/2013 20/09/2013
 0351323552026-7
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 17101010111111111111
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20614779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20134794

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Henrique Cesar de Oliveira Nº DO PRONTUÁRIO: 11094
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 20134794 DATA DE NASCIMENTO: 05/12/1977 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RACIA/COR: B ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 1163331111
 NOME DA MÃE: Lygia Maria Brown de Oliveira TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Henrique Cesar de Oliveira TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Feixes de milho verde BAIRRO: Val do Sol
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Araraquara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14804-119

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0170110110282 SERVIÇO: 1614 CLASS: 0611 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: QTDE:

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------|
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Encefalia CID10 PRINCIPAL: 6820 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/2013 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Bassi Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 20134794 FISIOTERAPEUTA CREFITO 31103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William de Menezes Cód. Órgão Emissor: 0351323551945-3
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 11410311316151515140016
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/2013 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 01/09/2013

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20134794

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

20264554

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Henrique Cesar de Oliveira

Nº DO PRONTUÁRIO

11094

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2020348773120004

DATA DE NASCIMENTO

05/10/1970

SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

RACIA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

116 31311427

NOME DA MÃE

Regina Maria Pereira de Oliveira

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

DDD

NOME DO RESPONSÁVEL

Henrique Cesar de Oliveira

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

TIPO DE LOGRADOURO

Rua

ENDEREÇO

João de Deus Araújo

BAIRRO

Val do Sol

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maracana

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14804119

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07011010274

SERVIÇO

164001

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paraplegia

CID10 PRINCIPAL

E720

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Cami Gonçalves

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/2013

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Luisa Bassi Gonçalves

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 3/103.113-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

11301311316131515500113

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William Pio Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

10503001

HENRIQUE CESAR DE OLIVEIRA

202034554 30/09/2013

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11301311316131515500113

0351323551944-2

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/2013

01/09/2013 a 30/09/2013

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

11301311316131515500113

SARA

20264554

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA CNES: 20164774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Henrique Cesar de Oliveira Nº DO PRONTUÁRIO: 11094
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 2000543773120004 DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1972 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: 3 ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 176 333119271
 NOME DA MÃE: Regina Naura Pereira de Oliveira TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Henrique Cesar de Oliveira TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Jac de Deus Simões BAIRRO: Vale do Sol
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Anaquara Cód. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 14804-119

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 0701010266 SERVIÇO: 164 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------|
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |
| <u></u> | <u></u> | <u></u> |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Paraplegia CID10 PRINCIPAL: G820 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/2013 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Bassi Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 330001016151501381013 FISIOTERAPEUTA CREFITO 3/103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: William Pio Martins Cód. Órgão Emissor: 103503200 HENRIQUE CESAR DE OLIVEIRA
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 01/09/2013 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 1010-113 0351323551943-1
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 170001130715151900010

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SARA CNES: 20164774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **SARA** CNES: **200412774**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **Henrique Cesar de Oliveira** Nº DO PRONTUÁRIO: **11094**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **2000548773120004** DATA DE NASCIMENTO: **05/10/1972** SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RACA/COR: **B** ETNIA:

E-MAIL PARA CONTATO:

NOME DA MÃE: **Regina Maria Lima de Oliveira** TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: **16 3335142711**

NOME DO RESPONSÁVEL: **Henrique Cesar de Oliveira** TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:

TIPO DE LOGRADOURO: **Rua** ENDEREÇO: **João de Deus Simões** BAIRRO: **Vale do Sol**

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Araraquara** Cód. IBGE MUNICÍPIO: **0320** UF: **SP** CEP: **14804-119**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **0701010207** SERVIÇO: **164** CLASS: **001** NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: **Cauia mandibular** QTDE: **01**

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **Knexia** CID10 PRINCIPAL: **G820** CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **Luisa Bassi Gonçalves** DATA DA SOLICITAÇÃO: **01/09/2013** ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): **Luisa Bassi Gonçalves**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **330001012181501151811** FISIOTERAPEUTA CREFITO 3/103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **Willian Luis Martins** Cód. Órgão Emissor: **103030001** HENRIQUE CESAR DE OLIVEIRA 30/09/2013 - 30/09/2014

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **103030001012181501151811** 0351323551942-0

DATA DA AUTORIZAÇÃO: **01/09/13** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **01/09/13 - 30/09/13**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: **SARA** CNES: **200541274**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SABIA CNES: 9064795

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|--------------------------------|--|---|--|
| NOME DO PACIENTE
João Vitor Moraes de Almeida | | | | | | Nº DO PRONTUÁRIO
00000000000000000000 | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
917101049100111111 | | | | DATA DE NASCIMENTO
1-1-1980 | | SEXO
Masc. ☒ Fem. ☐ | |
| | | | | | | RAÇA/COR
P2 | |
| ETNIA
01 | | | | | | | |
| E-MAIL PARA CONTATO
[Empty] | | | | | | TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE
DDD [Empty] [Empty] [Empty] | |
| NOME DA MÃE
[Empty] | | | | | | TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE
DDD [Empty] [Empty] [Empty] | |
| NOME DO RESPONSÁVEL
Tatiana Morais | | | | | | TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE
DDD [Empty] [Empty] [Empty] | |
| TIPO DE LOGRADOURO
Rua | | ENDEREÇO
Rua José Barbosa | | | | BAIRRO
B Sta Luzia | |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Luziânia | | | | CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2900 | | UF
PI CEP
86000-000 | |

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | | | | | | | | | SERVIÇO | CLASS | NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | QTDE. |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|-------|--------------------------------|-------|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 00000000000000000000 | 00 |

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

| DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | CID10 PRINCIPAL | CID10 SECUNDÁRIO | CID10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|--------------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| Para plágio | 535.21 | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |

SOLICITAÇÃO

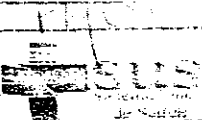
| | | |
|--|---------------------|---|
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | DATA DA SOLICITAÇÃO | ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO) |
| <i>Luisa Bassi Gonçalves</i> | <i>21/10/15</i> | <i>Luisa Bassi Gonçalves</i>
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 31103.113-F |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | |

AUTORIZAÇÃO

| | | | |
|--|--|---|--|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | |
| WILLIAM ROBERTO MONTENEGRO | | 17135030001 | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 | | | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO | | ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 11/11/2011 | | [Assinatura e Carimbo] | |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--------|
| CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | CNES |
| | | SITRA | 20647K |



DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

DATA

2064774

PROCEDIMENTO PRIMÁRIO

Debora dos Santos Felix 10382
 161 527 011 050 004 02/8/95 F B
 Rosângela de Oliveira dos Santos 01516 99776 79.23
 Rosângela de Oliveira dos Santos 01516 99776 98.40
 R. Maria de Gali 1215 Bl 5 Apto 101 Vila Medeiros
 Americana SP 0320 SP 14806155

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

| CODIGO DO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO | QUE TO PROCEDIMENTO PRIMÁRIO | CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QDE |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----|
| 0701010223 | 104 | 01 | cadema motorizada | 01 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CLASSIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

| DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | CODIGO PRIMÁRIO | CODIGO SECUNDÁRIO | QUANTIDADE ASSOCIADA |
|--------------------------|-----------------|-------------------|----------------------|
| Tetraplexia flácida | 6823 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

SOLICITANTE

Roberto Redigues 0110113
 011 427701313

DR. ROBERTO RODRIGUES
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - 12002

PROFESSOR

William Pio Martins M35032001
 170313675550006

DEBORA DOS SANTOS FELIX
 01/10/2013 01/10/2013

0351323552674-6

ACERTOS E ERROS DE TRANSCRIÇÃO

DATA 5/11/13 2064774

SARA

2064774

Debora dos Santos Felix

10382

161.527.011.050.004

02/8/95

E B

Resenada de Oliveira Felix

01516 997 1677 23

Resenada de Oliveira Felix

01516 997 95 984

R. Mauricio Galli, 1215 Bl 5 Ade 105 Vila Jardim

Aracaju - SE

0320 SE 14806 125

PROCEDIMENTOS SECUNDARIOS

070 1010366 164 001 2da

modul 01

PROCEDIMENTOS SECUNDARIOS

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------|------|
| COISS DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CITE |
| COISS DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CITE |
| COISS DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CITE |
| COISS DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CITE |
| COISS DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CITE |

DIAGNOSTICO

Tetraplax flacida

9823

SIGNATURA

Roberto Rodriguez

01/10/13

DI 000915 100000 100000
CAJ - 12000

INTERESSADO

William do Martins

17031367555066

DEBORA DOS SANTOS FELIX
01/10/2013 31/10/2013

0351323552679 0

17031367555066

[Handwritten signature]

DIAGNOSTICO

SARA

2064774

SACA

2064774

Sebera dos Santos Felix

10382

161.527.011.050.004

02/08/95

F B

Rosângela de Oliveira dos Santos

01516 9971679.23

Rosângela de Oliveira dos Santos

01516 99752.98.40

R. Mandacari Gal. 1215 Bl 5 Apto 101 Vila Redenção

Neacran...

0320

28

14806

1701010282164001 acaatiza apm c1

Tetraphys kunda

6823

Roberto Rodrigues

0110113

1155439080013

Roberto Rodrigues
pedio - traumatologia
CRM - 32997

William da Martins

111350320001

DEPOSA DOS SANTOS FELIX
01/10/2013 - 31/10/2013

170313675550006

0351323552678-0

SACA

2064774

SARA

2004774

Debora dos Santos Felix

10382

161.527.011.050.004

2/8/95

F B

Rosângela de Oliveira dos Santos

07516 99716 79 23

Rosângela de Oliveira dos Santos

01316 99332 58 40

R. Mauricio Galli, 1215 Bl 5 apto 101 Vila Leônidas

Marília - SP

0320 50 14836155

PROCEDIMENTO PRIMÁRIO

03211010304104 01 após lateral quadrant C1

PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----|
| CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | CTE |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

LISTA DE PROCEDEIMIENTOS SECUNDARIOS

| | | | |
|-------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------|
| TERMINO DO PROCEDIMENTO | CODIGO PRIMARIO | CODIGO SECUNDARIO | CODIGO CUBAS ASSOCIADAS |
| Tetraphysa flácida | 6823 | | |

SOLICITANTE

Roberto Rodrigues

01/10/13

0133423415013

Dr. ANDRÉ RODRIGUES
CRM 12602

RESPONSÁVEL

William do Martins 17350320001

DEBORA DOS SANTOS FELIX
01/10/2013 - 31/10/2013

170313 675550000

0351323552677-9

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE

SARA

2004774

SARA

2004774

Debora dos Santos Felix

10382

161.527.011.050.004

2/8/95

F

B

Resengela de Oliveira dos Santos

01516 99716 7123

Resengela de Oliveira dos Santos

01516 99792 9840

R Maudica Galli 1215 385 Apto 101 Vila Seda 10

Marcelina S.P

0320

SP

14806155

070 101 0312 164 004 apoe tab. cabeca 01

Tetraphys flacida

6823

Roberto Rodriguez

01/10/13

201554274186615

William da Mota

11/03/2004

12313675550006

DEBORA DOS SANTOS FELIX

01/10/2013 - 21/10/2014

03513235526768

SARA

2004774



SARA

2064774

Deborah dos Santos Felix

10382

161.527.011.050.004

02/08/95

F

B

Rosângela de Oliveira dos Santos

01516 99716 71.23

Rosângela de Oliveira dos Santos

01516 9979295.40

R. Madureira Gallo, 1215 Bl 5 Apto 101 V. Redenção

Jacareí - SP

0320

SP 14806155

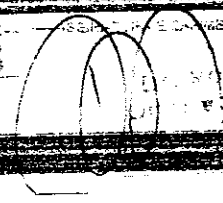
701010291 24001 apen lateral de tronco 01

Tetraphys Flávida

6823

Rosângela Felix

01/10/13



RODRIGUES RODRIGUES
13/10/2013

William Pio Martins

M350320001

DEBORA DOS SANTOS FELIX
01/10/2013 21/10/2013

TX0313675550006

0351323552675-7

SARA

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARD

CNPJ

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Vera Lucia Braz Ferraz

Nº DO PRONTUÁRIO

6385

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898000170531530

DATA DE NASCIMENTO

31/7/82

SEXO

Masculino

Feminino

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

Mariana Braz Ferraz

DDD

TELEFONE CELULAR
Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

Vera Lucia Braz Ferraz

DDD

TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

Avenida dos Antares, 770

BAIRRO

Sônia D. 4

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Maranguape

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14806349

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

07011010223

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

cacha mobilizada

QTDE

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Seqüela de Poliomielite

CID10 PRINCIPAL

B91

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D. G. de Moura

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael D. G. de Moura
Fisioterapeuta
Ortopedia e Ortopedia
CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

980001162184202353

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Nellian Pao Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

1735032000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

17031136751550006

VERA LUCIA BRAZ FERRAZ
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323552025 6

DATA DA AUTORIZAÇÃO

30/09/13

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1/1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARD

CNPJ

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SUS CNES: 301691774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Luiza dos Santos Rodrigues Nº DO PROFISSIONÁRIO: 6487
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 15191411171191111111 DATA DE NASCIMENTO: 09/02/75 SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐
 RAÇA/COR: ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Luizina Maria da Rosa TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Elisa dos Santos Rodrigues TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: A ENDEREÇO: Limbeira, 159 BAIRRO: Limbeira
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Limbeira COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: S. CEP: 145.290

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 017011010213 SERVIÇO: 1.4 CLASS: 001 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: ciencia instaurada QTDE.: 1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Síndrome de Puerperium CID10 PRINCIPAL: R CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Elisa dos Santos Rodrigues DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 15191411171191111111

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Elisa dos Santos Rodrigues COD. ORGÃO EMISSOR: 10353000 ELISA DOS SANTOS RODRIGUES
 3509/013 30/09/2013
 0351323551927-7
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 15191411171191111111
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 30/09/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SUS CNES: 301691774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

RAÇA/COR

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

BAIRRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luisa Bassi Gonçalves
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 3/103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

JEFFERSON REZEIRA MENDONÇA
09/09/2013 20/09/2013

0351323551954-1

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SAH CNES: 31061917109

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Paulo Roberto de Souza Nº DO PRONTUÁRIO: 156

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 310619171091001 DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1971 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: Branco ETNIA: Branco

E-MAIL PARA CONTATO: saah@saah.com.br DDD: 11 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 31061917109

NOME DA MÃE: Marlene de Souza DDD: 11 TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE: 31061917109

NOME DO RESPONSÁVEL: Paulo Roberto de Souza DDD: 11 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 31061917109

TIPO DE LOGRADOURO: A ENDEREÇO: Rua do Comércio, 100 BAIRRO: Centro

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Guarulhos Cód. IBGE MUNICÍPIO: 07066 UF: SP CEP: 07198-110

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 07066 SERVIÇO: 07066 CLASS: 07066 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Exame de sangue QTDE.: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Doença crônica CID10 PRINCIPAL: E11.9 CID10 SECUNDÁRIO: CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:

OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luís Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/09/2013 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luís Bassi Gonçalves

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 310619171091001 CREFITO 3/103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Jefferson Reserra de Souza Cód. Órgão Emissor: 03513235519530

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 310619171091001

DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/09/2013 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Jefferson Reserra de Souza

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: SAH FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SAH CNES: 31061917109

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

SARA

CNES

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Isabel Erba de Oliveira

Nº DO PRONTUÁRIO

10888

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

801440492738101

DATA DE NASCIMENTO

21/02/1977

SEXO

Masc. ☐ Fem. ☒

RAÇA/COR

B

ETNIA

E-MAIL PARA CONTATO

TELEFONE CELULAR

DDD 116 900 3999

NOME DA MÃE

Mônica Regina Erba

TELEFONE CELULAR

DDD

NOME DO RESPONSÁVEL

Mônica Regina Erba

TELEFONE DE CONTATO

DDD

TIPO DE LOGRADOURO

Avenida

ENDEREÇO

R. José de Almeida, 263

BAIRRO

Jd. Paulistano

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Araraquara

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

0320

UF

SP

CEP

14810205

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0701010304

SERVIÇO

164001

CLASS

Apex lateral quadril

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Paralisação Cervical

CID10 PRINCIPAL

G800

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael D. G. Hammar

DATA DA SOLICITAÇÃO

01/09/2013

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Rafael D. G. Abimorad

Fisioterapeuta

Ortopedia e Ortopedia

CREFITO: 3187672-F

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

William P. Martins

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

1113303201

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1113303201

ISABELA ERBA DE OLIVEIRA
01/09/2013 - 30/09/2013

0351323551999 2

DATA DA AUTORIZAÇÃO

01/09/2013

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1113303201

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

SARA

CNES

2064774

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SARA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|--------------------------------|---------------------|---|-----------|
| NOME DO PACIENTE | | Nº DO PRONTUÁRIO | |
| Mariana Erba de Oliveira | | 10888 | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | DATA DE NASCIMENTO | SEXO | RACIA/COR |
| 8014404927318101 | 21/03/1997 | Masc ☐ Fem ☒ | B |
| E-MAIL PARA CONTATO | | TELEFONE CELULAR | |
| | | Nº DO TELEFONE | |
| | | 11E916011394 | |
| NOME DA MÃE | | TELEFONE CELULAR | |
| Monica Regina Erba | | Nº DO TELEFONE | |
| NOME DO RESPONSÁVEL | | TELEFONE DE CONTATO | |
| Monica Regina Erba | | Nº DO TELEFONE | |
| TIPO DE LOGRADOURO | ENDEREÇO | BAIRRO | |
| Avenida | rua de Alencar, 263 | Pt. Paulistano | |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | COD. IBGE MUNICÍPIO | UF | CEP |
| Araraquara | 0320 | SP | 14310-005 |

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | | | | | | | | | SERVIÇO | | CLASS | | NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | | | | | | | | | | QTDE. | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|---|-------|---|--------------------------------|---|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|---|---|
| 0 | 7 | 0 | 1 | 0 | . | 0 | 2 | 2 | 3 | 1 | 6 | 4 | 0 | 6 | 1 | Câmara motorizada | | | | | | | | | | 0 | 1 |

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

| | | | |
|--------------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | CID10 PRINCIPAL | CID10 SECUNDÁRIO | CID10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| Paralisia Cerebral | E800 | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Rafael D G Abimeiro DATA DA SOLICITAÇÃO: 01/09/2013
 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO):
 Dr. Rafael D. G. Abimeiro
 Fonoaudiólogo
 Fonoaudiologia e Ortopedia
 CREFITO: 31/87672-F

AUTORIZAÇÃO

| | | | |
|--|---|---|---|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | |
| William R. Martins | | N. 350320-0-1 | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| 1 | 7 | C | 3 |
| 1 | 3 | E | 7 |
| S | S | S | 0 |
| C | C | C | E |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO | | ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| 01/09/2013 | | / / | |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|---|---|---|---|---|---|
| CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | | | | | | | | | FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | | | | | | | | | | CNS | | | | | | |
| 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | S.M.T.H | | | | | | | | | | 2 | 0 | 6 | 4 | 7 | 7 | 4 |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CNES

SIRL

2069494

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Ana Carolina

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

RAÇA/COR

ETNIA

12345678901234567890

17/1

Masc.

Fem.

2

E-MAIL PARA CONTATO

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

NOME DA MÃE

DDD

TELEFONE CELULAR

Nº DO TELEFONE

Zuleika Maria

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

Micheli Silva Okumura

15

TIPO DE LOGRADOURO

ENDEREÇO

BAIRRO

Rua

12345678901234567890

Lda. Americana

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

UF

CEP

Cunhã

0320

SP

1450252

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

SERVIÇO

CLASS

NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

QTDE.

01010101010101010101

01010101010101010101

Sessão de fisioterapia

1

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

CID10 PRINCIPAL

CID10 SECUNDÁRIO

CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

Tetraplegia

G01.0

G01.0

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DATA DA SOLICITAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Julia Cindas

01/09/2013

Julia Cindas

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Terapeuta Ocupacional

CREFITO - 1093970

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

Ana Carolina do Nascimento

1035230001

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

14010101010101010101

MICHELE GEISA OKUMURA
01/09/2013 - 30/09/2013

03513235518837

DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

01/09/2013

1/1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE

FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

CNES

12345678901234567890

SIRL

2069494

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SITHA CNES: 20697779

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Isadora Oliveira Nº DO PRONTUÁRIO: 103
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 12345678901234567890 DATA DE NASCIMENTO: 10/09/81 SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. RAÇA/COR: B ETNIA:
 E-MAIL PARA CONTATO: DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DA MÃE: Isadora Oliveira DDD: TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE:
 NOME DO RESPONSÁVEL: Michelle Geisa Okumura DDD: 103 TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
 TIPO DE LOGRADOURO: Rua ENDEREÇO: Pr. ... BAIRRO: Vila ...
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Urubatanã COD. IBGE MUNICÍPIO: 0320 UF: SP CEP: 19810-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 01701011010101010101 SERVIÇO: 1014 CLASS: 01 NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Terapia QTDE: 01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO | QTDE. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Terapia CID10 PRINCIPAL: CID10 SECUNDÁRIO: G540 CID10 CAUSAS ASSOCIADAS:
 OBSERVAÇÕES:

SOLICITAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Luisa Bassi Gonçalves DATA DA SOLICITAÇÃO: 11/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO): Luisa Bassi Gonçalves
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 12345678901234567890 CREFITO 3/103.113-F

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Michelle Geisa Okumura COD. ÓRGÃO EMISSOR: 035032001
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 12345678901234567890
 DATA DA AUTORIZAÇÃO: 11/07/13 ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 12345678901234567890
 MICHELE GEISA OKUMURA
 01/09/2012 - 10/09/2013
 0351323551881-5

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

CNS DO PROFISSIONAL EXECUTANTE: FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: SITHA CNES: 20697779