

ENVIO SMS 26/07

Chave de Confirmação:

61075**UNIDADE SOLICITANTE**

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| Unidade Solicitante: HOSPITAL DE GUARNICAO DE SAO GABRIEL DA CACHOEIRA | Cód. CNES: 4004787 | Op. Solicitante: 51325144215-ILCINEA | Op. Videofonista: --- |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|--------------------------|

UNIDADE EXECUTANTE

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Unidade Executante: <u>ICON INSTITUTO DE CIRURGIA OCULAR DO NORTE</u> | Cód. CNES: 2018969 | Op. Autorizador: EVA04327896268 | Vaga Consumida: Reserva Técnica |
| Endereço: RUA RIO ITUXI | Número: 42 | Complemento: VIEIRALVES | Data Aprovação: 25/07/2017 |
| Telefone: (92)32340880 | CEP: 69053-530 | Bairro: NOSSA SENHORA DAS GR | Município: MANAUS |
| Profissional Executante: ANA RAQUEL DE ALMEIDA HOLANDA | Data e Horário de Atendimento: TER • 08/08/2017 • 08h00min | | |

DADOS DO PACIENTE

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|
| CNS: 702805687772867 | Nome Social/Apelido: --- | Data de Nascimento: 27/12/1977 (39 anos) | Sexo: MASCULINO |
| Nome do Paciente: <u>ALESSANDRO MARCONDES ALBUQUERQUE</u> | Raça: INDIGENA | Tipo Sanguíneo: --- | |
| Nome da Mãe: JULIETA MARCONDES | Etnia Indígena: PIRATAPUYA (PIRATAPUYA, PIRATAPUYO, PIRATAPUYA, WAIKANA) | | |
| Nacionalidade: BRASILEIRA | Município de Nascimento: SAO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM | | |
| Tipo Logradouro: RUA | Logradouro: E | Complemento: SEMSA/DABARU | |
| Número: 10 | Bairro: TIAGO MONTALVO | CEP: 69750-000 | |
| País de Residência: BRASIL | Município de Residência: SAO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM | | |
| Telefone(s): (97) 99146-0718 • (97) 98105-4598 <i>(Exibir Lista Detalhada)</i> | Laudos / Justificativa: <i>(Exibir Histórico)</i> | | |
| Paciente que apresenta diminuição da agudeza visual. | | | |

DADOS DA SOLICITAÇÃO

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Código da Solicitação: 202395209 | Situação Atual: SOLICITAÇÃO / <u>AUTORIZADA</u> / REGULADOR | | |
| CPF do Médico Solicitante: --- | CRM: 1300737 | Nome Médico Solicitante: YULEXY PEREZ BORGES | Vaga Solicitada: 1ª Vez |
| Diagnóstico Inicial: DEFEITOS DO CAMPO VISUAL | CID: H534 | Risco: AMARELO - Urgência | |
| Central Reguladora: MANAUS | Data Desejada: --- | Data Solicitação: 02/06/2017 | |
| Unidade Desejada: --- | Cód. Unificado: 0301010072 | Cód. Interno: 0701225 | |
| Procedimentos Solicitados: <u>CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL</u> | | | |

PREPARO(S) PARA O PROCEDIMENTO(S)

30.10.10.072 - CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL

ENDERECO ICON AV DJALMA BATISTA COM JOAO VALERIO AO LADO DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL PRACA DOMINGOS RUSSO VIEIRALVES LIGAR ANTECIPADAMENTE 3234-0880 / 3584- 2656 / 3584-5598 TRAZER RG E CPF. MENORES DE 18 ANOS, PAIS TRAZER CERTIDAO DE NASCIMENTO OU CARTAO DE VASCINA.

Data da Extração dos Dados: 26/07/2017 11:45:10