

AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Chave de Confirmação:

79925

UNIDADE SOLICITANTE

Nome:	Cod. CNES:	Op. Solicitante:	Op. Autorizador:	Op. Videofonista:
CENTRO DE SAUDE DA FAMILIA LESTE	2537737	420420SILGARCIA	420420SILGARCIA	

UNIDADE EXECUTANTE

Nome:	Cod. CNES:	Número:	Complemento:	Bairro:
CLINICA RADIOLOGICA CHAPECOENSE SC LTDA	2537206	120	CENTRO MEDICO	CENTRO
Endereço:	CEP:	Município:	Data e Horário de Atendimento:	
PORTO ALEGRE EDIFICIO CENTRO MEDICO	89802-131	CHAPECO - SC	SEX • 24/07/2026 • 17:10hrs	
Telefone:	Profissional Executante:			
(49) 33 22 27 53	RAFAEL GUSTAVO ISOLANI			

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome:	Nome Social / Apelido:	
700603932635069	LILIAN SUSANA FRANCESCON	---	
Nome da Mãe:	Sexo:	Data Nascimento:	Idade:
ROMILDA FRANCESCON	FEMININO	03/05/1982	44 anos
Tipo Sanguíneo:	Raça:		
---	BRANCA		
Nacionalidade:	Naturalidade:		
BRASILEIRA	FLORIANOPOLIS - SC		
Tipo de Logradouro:	Nome do Logradouro:	Número:	Complemento:
AVENIDA	SAO PEDRO - D 2801/99999	2238	BL E AP 401
Bairro:	Município de Residência:	CEP:	
PINHEIRINHO	CHAPECO - SC	89806-784	
Telefone(s):			
(49) 99801-7255 (Exibir Lista Detalhada)			

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:	Data de Solicitação:	Data de Aprovação:	Vaga Solicitada:	Vaga Consumida:
680903012	23/07/2026	23/07/2026	1ª Vez	1ª Vez
CPF Profissional Solicitante:	Profissional Solicitante:			
---	SILVANIA GARCIA MEAZZA			
Diagnóstico Inicial:			CID:	Classificação de Risco:
EXAME MEDICO GERAL			Z000	AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO
Procedimentos Autorizados:			Cod. Unificado:	Cod. Interno:
MAMOGRAFIA BILATERAL			0204030188	0703716

PREPARO PARA O PROCEDIMENTO

0204030188 - MAMOGRAFIA BILATERAL

ATENCAO: GUIA SISREG DEVE ESTAR ACOMPANHADA DE SISCAN E PEDIDO MEDICO, AMBOS CARIMBADOS E ASSINADO.

PARA EVITAR AGLOMERACAO, NAO SERA PERMITIDO ACOMPANHENTE AO SERVICO;

EVITAR TRAZER CRIANCAS JUNTO NA CONSULTA, SE NAO TIVER COM QUEM DEIXAR ORIENTAMOS, REMARCAR O ATENDIMENTO;
CHEGAR COM 10 MINUTOS DE ANTECEDENCIA. O ATENDIMENTO E NO HORARIO AGENDADO.
E OBRIGATORIO TRAZER UM DOCUMENTO PESSOAL DE IDENTIFICACAO (RG OU CPF).

TRAZER EXAMES ANTERIORES (MAMOGRAFIA E ULTRASSOM DE MAMAS).

DADOS DA REALIZACAO DO PROCEDIMENTO (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO RADIOLOGICA)

DATA DE REALIZACAO: ____/____/____.

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____.

ASSINATURA DO PACIENTE: _____.

AVISOS DO MUNICIPIO

10/04/2026

Orientações Gerais:

- **Agendamentos:** Se a data for "00:...", agendar diretamente com a clínica em 03 (três) dias úteis.

- **Documentos Necessários:** Comparecer com guia de autorização, pedido médico, documento de identificação com foto, exames anteriores (se houver) e, para gestantes, a carteirinha de gestante.
- **Pontualidade:** Chegar com 10 minutos de antecedência.
- **Acompanhante:** permitido 1 acompanhante por paciente para menores de 18 anos, maiores de 60 anos, portadores de necessidades especiais, e conforme a Lei nº 14.737/2023, toda mulher pode ser acompanhada por 1 adulto durante o atendimento, sem necessidade de notificação prévia.
- **Caso não possa comparecer, informar sua unidade de saúde com antecedência,** evitando a perda da vaga e possibilitando o atendimento de outro paciente.

DADOS DA REALIZACAO DO PROCEDIMENTO (PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO EXECUTANTE)

DATA DE REALIZACAO ____/____/____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

ASSINATURA DO PACIENTE _____

ASSINATURA DO PROF. EXECUTANTE _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA UBS

DECLARO QUE RECEBI O AGENDAMENTO/AUTORIZAÇÃO REFERENTE AO ENCAMINHAMENTO MÉDICO SOLICITADO E ESTOU CIENTE DE QUE **O NÃO COMPARECIMENTO NA DATA, HORÁRIO E LOCAL INFORMADOS**, BEM COMO O DESCUMPRIMENTO DO PRAZO ESTABELECIDO, **IMPLICARÁ NA INCLUSÃO DO MEU NOME PARA O FINAL DA FILA DE ESPERA.**

DATA ____/____/____ ASSINATURA DO USUÁRIO/RESPONSÁVEL: _____

Data da Extração dos Dados: 23/07/2026 18:08:30

Ministério da Saúde

SISCAN - Sistema de Informação do Câncer

Emissão: 23/07/2026
Hora: 18:06:18
Página: 1
UF: SC

Requisição do Exame de Mamografia

Unidade de Saúde:	CENTRO DE SAUDE DA FAMILIA PARAISO		
CNES da Unidade de Saúde:	8178577	Município/UF:	CHAPECÓ/SC
Prestador de Serviço:	CLINICA RADIOLOGICA CHAPECOENSE SC LTDA		
CNES do Prestador de Serviço:	2537206	Município/UF:	CHAPECÓ/SC
Cartão SUS:	700603932635069	Sexo:	Feminino
Nome:	LILIAN SUSANA FRANCESCON		
Apelido:			
Nº do Protocolo:	00000138664285	Nº do Prontuário:	
Nome da Mãe:	ROMILDA FRANCESCON		
CPF:	030.735.209-96	Etnia:	
Escolaridade:			
Logradouro:	SAO PEDRO - D 2801/99999 - 2238		
Município:	CHAPECÓ		
Complemento:	BL E AP 401		
Ponto de Referência:			

TEM NÓDULO OU CAROÇO NA MAMA? Sim, Mama Direita - Sim, Mama Esquerda
APRESENTA RISCO ELEVADO PARA CÂNCER DE MAMA? Não Sabe
ANTES DESTA CONSULTA, TEVE AS MAMAS EXAMINADAS POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE? Sim
FEZ MAMOGRAFIA ALGUMA VEZ? Sim QUANDO FEZ A ÚLTIMA MAMOGRAFIA? 2025
FEZ RADIOTERAPIA NA MAMA OU NO PLASTRÃO? Não
FEZ CIRURGIA DE MAMA? Não

TIPO DE MAMOGRAFIA:

Rastreamento

MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO: População alvo

DADOS DO EXAME

Data da Solicitação: 23/07/2026

Responsável: SILVANIA GARCIA MEAZZA - 709604636137976

Conselho: COREN - 636036

Silvania Garcia Meazza
COREN-SC 636036-ENF

1º VIA SERVIÇO

2º VIA PACIENTE



Prefeitura Municipal de Chapecó
C.N.P.J.: 83.021.808/0001-82

CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARAISO

Requisição de Exames Complementares

Data: 23/07/2026
Hora: 18:09:37

Prefeitura Municipal de Chapecó
C.N.P.J.: 83.021.808/0001-82

CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARAISO

Requisição de Exames Complementares



Data: 23/07/2026
Hora: 18:09:37

FAT: 256 - 23/07/2026 Requisição: 1

Usuário: 159946 - LILIAN SUSANA FRANCESCON

Idade: 44 Anos. Dt.Nasc.: 03/05/1982 CNS: 700.6039.3263.5069 Telefone: (49) 980-17255

Endereço: R SÃO PEDRO, 2238 - BL E AP 401

Bairro/Distr.: PINHEIRINHO CEP: 89.809-440

Município: 420420 - CHAPECÓ - SC

Nome da Mãe: ROMILDA FRANCESCON Nacionalidade: 10 - BRASIL

Dados Clínicos:

Exame Procedimento Descrição

2325 02.04.03.018-8 MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO

Silvania Garcia Meazza
COREN-SC 636.036 - ENF

SILVANIA GARCIA MEAZZA

ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - COREN: 636036 - SC

FAT: 256 - 23/07/2026 Requisição: 1

Usuário: 159946 - LILIAN SUSANA FRANCESCON

Idade: 44 Anos. Dt.Nasc.: 03/05/1982 CNS: 700.6039.3263.5069 Telefone: (49) 980-17255

Endereço: R SÃO PEDRO, 2238 - BL E AP 401

Bairro/Distr.: PINHEIRINHO CEP: 89.809-440

Município: 420420 - CHAPECÓ - SC

Nome da Mãe: ROMILDA FRANCESCON Nacionalidade: 10 - BRASIL

Dados Clínicos:

Exame Procedimento Descrição

2325 02.04.03.018-8 MAMOGRAFIA BILATERAL DE RASTREAMENTO

Silvania Garcia Meazza
COREN-SC 636.036 - ENF

SILVANIA GARCIA MEAZZA

ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - COREN: 636036 - SC