meninar!
Por gentileza agendar na 1ª hora da manhã ou último horário da tarde.
muito obrigada.

3230

PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CLÍNICA DA MULHER CHAPECOENSE
Rua Marechal Floriano Peixoto – Secretaria de Saúde, 1º andar
(49) 2049-9075

ndamentos de retornos Clínica da Mulher

IMPORTANTE:

- Chegar com no mínimo 10 minutos de antecedência;
- Será aceito 10 minutos de tolerância de atraso, após a consulta/procedimento deverá ser reagendado.

Lilian Susana S.

NOME: LILIAN SUSANA
CNS: 700.6039.3263.5069

Assinalar consulta/procedimento solicitada

JUN 40/26

( ) Consulta em Cirurgia Ginecológica – retorno
( ) Consulta em Cirurgia Ginecológica – pré operatório
( ) Consulta em Cirurgia Ginecológica – pós operatório
( ) Consulta em Cirurgia Ginecológica Colposcopia – retorno
( ) Consulta em Cirurgia Ginecológica Curetagem semiótica – retorno
( ) Consulta em Pequena Cirurgia Ginecológica - retorno
( ) Consulta em Endocrinologia – pediatria – retorno
( ) Consulta em Endocrinologia – pediatria – DM1 – retorno
( ) Consulta em Gastroenterologia - pediatria – retorno (até 14 anos)
(X) Consulta em Mastologia – retorno
( ) Consulta em Neonatologia Alto Risco – retorno
( ) Consulta em Pediatria – Leites Especiais - retorno
( ) Consulta em Pneumologia Infantil – retorno (12 anos, 11 meses e

Raup Lichtenecker de Bacci
Ginecologia e Mastologista
CRM SC 14711
RQE 1.664

Data do atendimento: 26/11/25 **Profissional:** _____

Retorno para: _____

( ) dias ( )semanas ( ) meses

AGENDAMENTO DO RETORNO

SUS: _____

Nº CHAVE: _____ **PROFISSIONAL:** _____

DATA: _____/_____/_____ **HORA:** _____

Exame pronto.

Chave de Confirmação:

49623

UNIDADE SOLICITANTE

Unidade Solicitante:
CENTRO DE SAUDE DA FAMILIA LESTE

Cód. CNES: 2537737
Op. Solicitante: 420420-ELOAB
Op. Videofonista: ---

UNIDADE EXECUTANTE

Unidade Executante:
CLINICA DA MULHER CHAPECOENSE
Endereço:
RUA MARECHAL FLORIANO PEIXOTO
Telefone:
(49) 2049-9075
Profissional Executante:
RAUP LICHTENECKER DE BACCO

Cód. CNES: 3578690
Op. Autorizador: 420420_SANDRA
Complemento: ARENA CONDA
Número: S/N
Bairro: CENTRO
CEP: 89801-400
Vaga Consumida: Retorno
Data Aprovação: 09/09/2026
Município: CHAPECO

Data e Horário de Atendimento:
QUI • 15/10/2026 • 10h50min

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700603932635069
Nome do Paciente
LILIAN SUSANA FRANCESCON
Nome da Mãe
ROMILDA FRANCESCON
Nacionalidade:
BRASILEIRA
Tipo Logradouro:
AVENIDA
Número:
2238
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(49) 99801-7255 *(Exibir Lista Detalhada)*

Nome Social/Apelido: ---
Data de Nascimento: 03/05/1982 (44 anos)
Sexo: FEMININO
Raça: BRANCA
Tipo Sanguíneo: ---
Município de Nascimento: FLORIANOPOLIS - SC
Logradouro: SAO PEDRO - D 2801/99999
Complemento: BL E AP 401
Bairro: PINHEIRINHO
CEP: 89806-784
Município de Residência: CHAPECO - SC

Laudo / Justificativa: ***(Exibir Histórico)***
Paciente consultou dia 26.11.2025,Dr. Raup solicitou retorno em Junho de 2026

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código da Solicitação:
684840038
Situação Atual:
SOLICITAÇÃO / AUTORIZADA / REGULADOR

CPF do Médico Solicitante: ---
CRM: ---
Nome Médico Solicitante: RAUP LICHTENECKER B
Vaga Solicitada: 1ª Vez

Diagnóstico Inicial:
EXAME GERAL E INVESTIGACAO DE PESSOAS SEM QUEIXAS OU DIAGNOSTICO RELATADO
CID: Z00
Risco: **AZUL** - Atendimento Eletivo

Central Reguladora:
CHAPECO

Unidade Desejada: ---
Data Desejada: ---
Data Solicitação: 13/08/2026

Procedimentos Solicitados:
CONSULTA EM MASTOLOGIA - RETORNO
Cód. Unificado: 0301010072
Cód. Interno: 0701028

PREPARO(S) PARA O PROCEDIMENTO(S)

30.10.10.072 - CONSULTA EM MASTOLOGIA - RETORNO

Trazer exames de mamografias e ultrassonografias de mamas realizados

AVISOS DO MUNICÍPIO

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 _____