



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE EXAME

Código: 4447764

Nome: APARECIDA MARIA BARBOSA SILVA

Data de Nascimento: 24/05/1951

Cns: 704807502059342,898002705668022

Telefone: (17) 99271-3455 Comercial: Celular: (17) 99139-4390 Recado:

Prontuário: 1630452

Data Exame: 30-10-2025**Horário: 14:40****CHEGAR ÀS: 14:30**

Exame: MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA

Local: HOSP DE BASE DE SJRP

Endereço: AVENIDA BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5544
VILA SÃO JOSÉ
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO "RIO PRETO SHOPPING"

HOSPITAL DE BASE - AV: BRIGADEIRO FARIA LIMA Nº 5544 - ENTRADA PORTARIA SUS - SUBSOLO - SETOR DE INFORMAÇÕES

OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, COM FOTO, DO PACIENTE E DO ACOMPANHANTE.

Orientação: COMPARECER ACOMPANHADO POR PESSOA MAIOR DE IDADE PORTANDO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.

NO DIA DO EXAME, NÃO USAR TALCO, DESODORANTE OU CREME NAS MAMAS E NA REGIÃO DAS AXILAS.

O EXAME DEVE SER MARCADO PREFERENCIALMENTE FORA DO PERÍODO MENSTRUAL, ÉPOCA EM QUE AS MAMAS ESTÃO MAIS CONGESTAS E MAIS SENSÍVEIS, O QUE PODE GERAR MAIOR INCÔMODO DURANTE A COMPRESSÃO DAS MESMAS.

COMPARECER AO EXAME VESTIDA COM ROUPA DE DUAS PEÇAS (SAIA/BLUSA OU CALÇA/BLUSA) E CABELOS PRESO.

Preparo: NÃO HÁ PREPARO.
DIETA LIVRE.

NAO HÁ NECESSIDADE DE GUIA DE ENCAMINHAMENTO.

Tempo de entrega: 20 dias úteis**Informações ou Cancelamento, ligue:** (17) 3201-5000**Solicitante:** SMS - MIRASSOL**Usuário:** LETICIA O. DIAS**Controle:** 266846910 - 12-09-2025 15:37**No dia do atendimento, será OBRIGATÓRIO apresentar:**CPF, RG ou CNH ou Certidão de Nascimento originais,
Cartão SUS, Comprovante de Endereço e
Encaminhamento Médico.Trazer exames anteriores caso possua.
Paciente menor, deverá comparecer acompanhado
de responsável legal, munido de RG ou CNH originais.**É muito importante manter seu cadastro atualizado!**

Principalmente os números de telefone, pois é por meio destes que os serviços de saúde farão contato para informar agendamentos realizados e para outras demandas de comunicação.



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE EXAME**Código:** 38467271**Nome:** MARGARIDA MARIA DE HOLANDA SILVA**Data de Nascimento:** 23/11/1950**Cns:** 705001280556256**Telefone:** Comercial: Celular: (11) 95027-6305 **Recado:****Prontuário:****Data Exame:** 28-10-2025**Horário:** 15:10**CHEGAR ÀS:** 15:00**Exame:** MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA**Local:** HOSP DE BASE DE SJRP**Endereço:** AVENIDA BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5544
VILA SÃO JOSÉ
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP**Ponto de Referência:** PRÓXIMO AO "RIO PRETO SHOPPING"

HOSPITAL DE BASE - AV: BRIGADEIRO FARIA LIMA Nº 5544 - ENTRADA PORTARIA SUS - SUBSOLO - SETOR DE INFORMAÇÕES

OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, COM FOTO, DO PACIENTE E DO ACOMPANHANTE.

Orientação: COMPARECER ACOMPANHADO POR PESSOA MAIOR DE IDADE PORTANDO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.

NO DIA DO EXAME, NÃO USAR TALCO, DESODORANTE OU CREME NAS MAMAS E NA REGIÃO DAS AXILAS.

O EXAME DEVE SER MARCADO PREFERENCIALMENTE FORA DO PERÍODO MENSTRUAL, ÉPOCA EM QUE AS MAMAS ESTÃO MAIS CONGESTAS E MAIS SENSÍVEIS, O QUE PODE GERAR MAIOR INCÔMODO DURANTE A COMPRESSÃO DAS MESMAS.

COMPARECER AO EXAME VESTIDA COM ROUPA DE DUAS PEÇAS (SAIA/BLUSA OU CALÇA/BLUSA) E CABELOS PRESO.

Preparo: NÃO HÁ PREPARO.
DIETA LIVRE.

NAO HÁ NECESSIDADE DE GUIA DE ENCAMINHAMENTO.

Tempo de entrega: 20 dias úteis**Informações ou Cancelamento, ligue:** (17) 3201-5000**Solicitante:** SMS - MIRASSOL**Usuário:** LETICIA O. DIAS**Controle:** 266846893 - 12-09-2025 15:39**No dia do atendimento, será OBRIGATÓRIO apresentar:**CPF, RG ou CNH ou Certidão de Nascimento originais,
Cartão SUS, Comprovante de Endereço e
Encaminhamento Médico.

Trazer exames anteriores caso possua.

Paciente menor, deverá comparecer acompanhado
de responsável legal, munido de RG ou CNH originais.**É muito importante manter seu cadastro atualizado!**

Principalmente os números de telefone, pois é por meio destes que os serviços de saúde farão contato para informar agendamentos realizados e para outras demandas de comunicação.



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE EXAME

Código: 4131951

Nome: VANIA APARECIDA DE OLIVEIRA GREGORIO

Data de Nascimento: 28/09/1980

Cns: 210024067830009,702800695133164

Telefone: (17) 3242-7717 Comercial: Celular: (17) 98183-2661 Recado:

Prontuário:

Data Exame: 27-10-2025**Horário: 15:30****CHEGAR ÀS: 15:20**

Exame: MAMOGRAFIA DIAGNOSTICA

Local: HOSP DE BASE DE SJRP

Endereço: AVENIDA BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5544
VILA SÃO JOSÉ
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO "RIO PRETO SHOPPING"

HOSPITAL DE BASE - AV: BRIGADEIRO FARIA LIMA Nº 5544 - ENTRADA PORTARIA SUS - SUBSOLO - SETOR DE INFORMAÇÕES

OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, COM FOTO, DO PACIENTE E DO ACOMPANHANTE.

Orientação: COMPARECER ACOMPANHADO POR PESSOA MAIOR DE IDADE PORTANDO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO.

NO DIA DO EXAME, NÃO USAR TALCO, DESODORANTE OU CREME NAS MAMAS E NA REGIÃO DAS AXILAS.

O EXAME DEVE SER MARCADO PREFERENCIALMENTE FORA DO PERÍODO MENSTRUAL, ÉPOCA EM QUE AS MAMAS ESTÃO MAIS CONGESTAS E MAIS SENSÍVEIS, O QUE PODE GERAR MAIOR INCÔMODO DURANTE A COMPRESSÃO DAS MESMAS.

COMPARECER AO EXAME VESTIDA COM ROUPA DE DUAS PEÇAS (SAIA/BLUSA OU CALÇA/BLUSA) E CABELOS PRESO.

Preparo: NÃO HÁ PREPARO.

DIETA LIVRE.

NAO HÁ NECESSIDADE DE GUIA DE ENCAMINHAMENTO.

Tempo de entrega: 20 dias úteis

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3201-5000

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: LETICIA O. DIAS

Controle: 266846885 - 12-09-2025 15:40

No dia do atendimento, será OBRIGATÓRIO apresentar:CPF, RG ou CNH ou Certidão de Nascimento originais,
Cartão SUS, Comprovante de Endereço e
Encaminhamento Médico.

Trazer exames anteriores caso possua.

Paciente menor, deverá comparecer acompanhado
de responsável legal, munido de RG ou CNH originais.**É muito importante manter seu cadastro atualizado!**

Principalmente os números de telefone, pois é por meio destes que os serviços de saúde farão contato para informar agendamentos realizados e para outras demandas de comunicação.



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

Código: 5948089

Nome: APARECIDA DE FATIMA ZACARIAS

Data de Nascimento: 15/06/1970

Cns: 704201744530381

Telefone: Comercial: Celular: (17) 99104-1907 Recado:

Prontuário: 1867885

Data Consulta: 22-10-2025**Horário: 13:00****CHEGAR ÀS: 12:30**

Profissional: TAISA MORETE DA SILVA

Especialidade: Reumatologia - Triagem

Tipo Marcação: Primeira Consulta

Local: HOSP DE BASE DE SJRP

Endereço: AVENIDA BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5544
VILA SÃO JOSÉ
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO "RIO PRETO SHOPPING"

AMBULATORIO CLINICA GERAL - HOSPITAL DE BASE RIO PRETO - Portaria AZUL - Entrada A

Rua: Roberto Mangi Esq. Brigadeiro Faria Lima

Número: 5600

Bairro: Vila São José

Cidade: São José do Rio Preto

Orientação: CONFORME LEI VIGENTE, É PERMITIDO 1 ACOMPANHANTE, PORTANDO DOCUMENTO COM FOTO PARA: PACIENTES MENORES DE 18 ANOS E ACIMA DE 60 ANOS, GESTANTES, REDUÇÃO DE MOBILIDADE E PORTADORES DE ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS/ESTADO MENTAL.

OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS: RG, CPF, CARTÃO NACIONAL SUS (CNS), COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, DOCUMENTO DO RESPONSÁVEL (RG E CPF), GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TODOS OS EXAMES REALIZADOS EM MÃOS. QUANDO CRIANÇA, OBRIGATORIO TAMBÉM CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU RG E CPF.

Preparo: NAO TEM PREPARO.**Informações ou Cancelamento, ligue:** (17) 3201-5000**Solicitante:** SMS - MIRASSOL**Usuário:** LETICIA O. DIAS**Controle:** 506171251 - 12-09-2025 15:51**No dia do atendimento, será OBRIGATÓRIO apresentar:**CPF, RG ou CNH ou Certidão de Nascimento originais,
Cartão SUS, Comprovante de Endereço e
Encaminhamento Médico.

Trazer exames anteriores caso possua.

Paciente menor, deverá comparecer acompanhado
de responsável legal, munido de RG ou CNH originais.**É muito importante manter seu cadastro atualizado!**

Principalmente os números de telefone, pois é por meio destes que os serviços de saúde farão contato para informar agendamentos realizados e para outras demandas de comunicação.



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTA

Código: 40385538

Nome: MAITE BONACI BORGES

Data de Nascimento: 15/06/2025

Cns: 708506377626776

Telefone: Comercial: Celular: (17) 99160-6856 Recado:

Prontuário:

Data Consulta: 27-10-2025**Horário: 07:10****CHEGAR ÀS: 07:00**

Profissional: CAROLINA ASSIS PEREIRA VILELA

Especialidade: Oftalmologia

Tipo Marcação: Primeira Consulta

Local: HOSP DE BASE DE SJRP

Endereço: AVENIDA BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5544
VILA SÃO JOSÉ
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO "RIO PRETO SHOPPING"

AMBULATORIO OFTALMOLOGIA - HOSPITAL DE BASE DE RIO PRETO - Portaria LARANJA - Entrada C

Rua: Antonio de Godoy

Número: 5600

Bairro: Vila Sao Jose

Cidade: Sao Jose Do Rio Preto

Orientação: CONFORME LEI VIGENTE, É PERMITIDO 1 ACOMPANHANTE, PORTANDO DOCUMENTO COM FOTO PARA: PACIENTES MENORES DE 18 ANOS E ACIMA DE 60 ANOS, GESTANTES, REDUCAO DE MOBILIDADE E PORTADORES DE ALTERACOES NEUROLÓGICAS/ESTADO MENTAL.

OBRIGATORIO APRESENTACAO DE DOCUMENTOS: RG, CPF, CARTAO NACIONAL SUS (CNS), COMPROVANTE DE RESIDENCIA, DOCUMENTO DO RESPONSÁVEL (RG E CPF), GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TODOS OS EXAMES REALIZADOS EM MAOS. QUANDO CRIANÇA, OBRIGATORIO TAMBEM CERTIDAO DE NASCIMENTO OU RG E CPF.

Preparo: NAO TEM PREPARO.**Informações ou Cancelamento, ligue:** (17) 3201-5000**Solicitante:** SMS - MIRASSOL**Usuário:** LETICIA O. DIAS**Controle:** 506091353 - 12-09-2025 16:02**No dia do atendimento, será OBRIGATÓRIO apresentar:**

CPF, RG ou CNH ou Certidão de Nascimento originais,
Cartão SUS, Comprovante de Endereço e
Encaminhamento Médico.

Trazer exames anteriores caso possua.

Paciente menor, deverá comparecer acompanhado
de responsável legal, munido de RG ou CNH originais.

É muito importante manter seu cadastro atualizado!

Principalmente os números de telefone, pois é por meio destes que os serviços de saúde farão contato para informar agendamentos realizados e para outras demandas de comunicação.