



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE EXAME

Código: 4079635

Nome: VILMA DA SILVA MENDES

Data de Nascimento: 06/04/1963

Cns: 165996462050007,702600256905547,898000629593088

Telefone: (17) 9919-5698 Comercial: (17) 9275-9730 Celular: (17) 99195-6982 Recado:

Prontuário: 87898

Data Exame: 15-10-2025**Horário: 12:00****CHEGAR ÀS: 11:00**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.

Tempo de entrega: No mesmo dia

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3202-1717

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: ROSA M. B. SANTOS

Controle: 265606433 - 01-09-2025 08:19

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: 11330957

Nome: JANAINA LUCIANO DE PAIVA SISTO

Data de Nascimento: 16/04/1982

Cns: 207417715480009,898000081164515

Telefone: Comercial: Celular: (17) 99111-4491 Recado:

Prontuário: 00699877

Data Exame: 16-10-2025**Horário: 11:40****CHEGAR ÀS: 10:40**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
São JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.

Tempo de entrega: No mesmo dia

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3202-1717

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: ROSA M. B. SANTOS

Controle: 262739829 - 01-09-2025 08:23

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: 8310430

Nome: SOFIA BITTENCOURT

Data de Nascimento: 23/11/2006

Cns: 704102734363980

Telefone: (17) 99669-5045 Comercial: Celular: (17) 99201-5490 Recado:

Prontuário: 00809843

Data Exame: 21-10-2025**Horário: 12:00****CHEGAR ÀS: 11:00**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.

Tempo de entrega: No mesmo dia

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3202-1717

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: ROSA M. B. SANTOS

Controle: 262739911 - 01-09-2025 08:24

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: 11301322

Nome: IRACI DUARTE

Data de Nascimento: 16/12/1951

Cns: 700205908762620,898002350753648,898003906749705

Telefone: (17) 98138-8180 Comercial: Celular: (17) 98172-2851 Recado:

Prontuário: 01028028

Data Exame: 21-10-2025**Horário:12:10****CHEGAR ÀS: 11:10**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.

Tempo de entrega: No mesmo dia

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3202-1717

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: ROSA M. B. SANTOS

Controle: 262739912 - 01-09-2025 08:25

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: 12682846

Nome: ROSINEIA APARECIDA GARCIA FRANCO DA ROCHA

Data de Nascimento: 08/09/1968

Cns: 700007911383809

Telefone: (17) 99137-2213 Comercial: Celular: (17) 99171-4715 Recado:

Prontuário: 00859283

Data Exame: 21-10-2025**Horário: 12:20****CHEGAR ÀS: 11:20**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
São José DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.

Tempo de entrega: No mesmo dia

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3202-1717

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: ROSA M. B. SANTOS

Controle: 262739913 - 01-09-2025 08:27

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: 8171180

Nome: VILMA APARECIDA BILACHI ROMANCINI

Data de Nascimento: 07/03/1946

Cns: 700105949444020,898000749069882

Telefone: (17) 99706-8518 Comercial: Celular: (17) 99608-6215 Recado:

Prontuário: 583130

Data Exame: 21-10-2025**Horário: 12:40****CHEGAR ÀS: 11:40**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.**Tempo de entrega:** No mesmo dia**Informações ou Cancelamento, ligue:** (17) 3202-1717**Solicitante:** SMS - MIRASSOL**Usuário:** ROSA M. B. SANTOS**Controle:** 262739915 - 01-09-2025 08:30**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: 41042929

Nome: JOSE ROBERTO FIGUEIRA

Data de Nascimento: 01/01/1959

Cns: 706209077187261

Telefone: Comercial: Celular: (17) 99183-6861 Recado:

Prontuário:

Data Exame: 23-10-2025**Horário: 11:00****CHEGAR ÀS: 10:00**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.

Tempo de entrega: No mesmo dia

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3202-1717

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: ROSA M. B. SANTOS

Controle: 262739835 - 01-09-2025 08:33

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: 22324403

Nome: KAMILA MARCELA DE OLIVEIRA VIEIRA

Data de Nascimento: 02/02/1992

Cns: 707409072654879,898000634180209

Telefone: Comercial: Celular: (17) 99606-9552 Recado:

Prontuário:

Data Exame: 23-10-2025**Horário: 11:40****CHEGAR ÀS: 10:40**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.

Tempo de entrega: No mesmo dia

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3202-1717

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: ROSA M. B. SANTOS

Controle: 262739837 - 01-09-2025 08:44

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: 30068829

Nome: MARILENE DIAS LOPES

Data de Nascimento: 17/09/1971

Cns: 702602749376349

Telefone: Comercial: Celular: (17) 99239-8442 Recado:

Prontuário: 00571375 - 00882161

Data Exame: 23-10-2025**Horário: 12:00****CHEGAR ÀS: 11:00**

Exame: PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR

Local: AME SJ RIO PRETO

Endereço: RUA ANTONIO FUSCALDO, S/N
JARDIM FUSCALDO
São JOSÉ DO RIO PRETO - SPPonto de Referência: EM FRENTE A REPRESA MUNICIPAL, AO LADO DA BR 153
EM FRENTE REPRESA MUNICIPAL

Orientação: NÃO FUMAR NO DIA DO EXAME

SE PACIENTE MENOR 18 ANOS, DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E DOCUMENTOS.

ESTOU CIENTE QUE DEVO COMPARECER AO EXAME PORTANDO A GUIA DE SADT (PEDIDO DE EXAME) MÉDICO.

CASO O PACIENTE NÃO POSSA COMPARECER, FAVOR CANCELAR COM NO MÍNIMO DE 3 DIAS ÚTEIS DE ANTECEDÊNCIA ATRAVÉS DE MENSAGEM DE TEXTO NO WHATSAPP (17) 98215-2289 OU VIA LIGAÇÃO NO NÚMERO (17) 3202-1717.

NO CASO DA CONSULTA OU EXAME TER SIDO AGENDADO PELA UBS, SOLICITAR CANCELAMENTO AO MESMO.

MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO!

Preparo: FAZER UMA REFEIÇÃO LEVE;
NÃO INGERIR, NO DIA DO EXAME, CAFÉ, REFRIGERANTE DE COLA, CHOCOLATE OU OUTROS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE CONTENHAM CAFEÍNA;NÃO USAR MEDICAMENTOS COMO CORTICÓIDES, AMINOFILINA E BOMBINHA NO DIA DO EXAME;
SE ESTIVER FAZENDO USO DE INALAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE PARE NO MÍNIMO 4 HORAS ANTES DO EXAME.

Tempo de entrega: No mesmo dia

Informações ou Cancelamento, ligue: (17) 3202-1717

Solicitante: SMS - MIRASSOL

Usuário: ROSA M. B. SANTOS

Controle: 262739838 - 01-09-2025 08:45

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.