



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal Delegado Palumbo - MDB/SP

Ofício Gab/DP Nº 000/2025

São Paulo, 20 de fevereiro de 2025.

À Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo;
À Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo;

Com Cópia
Ao Prefeito da Cidade de São Paulo;
Ao Governador do Estado de São Paulo.

REF: Município precisando de acompanhamento médico para seu filho.

Prezados,

[REDACTED], inscrita no CPF nº [REDACTED] portadora do RG nº [REDACTED] genitora de [REDACTED] nascido em [REDACTED], portador do RG nº [REDACTED] inscrito no CPF nº [REDACTED], CNS nº [REDACTED], nos relatou seu filho está em fila de espera para tratamento do CER à 2 anos, conforme documentos anexos a este ofício. Relata que sempre que a consulta é marcada, é desmarcada em cima da hora pelo Estado, como por exemplo a consulta com Fonoaudióloga e Neurologista que estava agendada para o dia 27 de janeiro de 2025, mas foi cancelada pois, de acordo com a genitora, foi informada que a médica responsável pediu demissão, não tendo, portanto, profissional qualificado para o atendimento.

Ante tudo o quanto consignado solicito que se digne em analisar o caso com urgência, providenciando o agendamento de todos os exames pendentes de [REDACTED] conforme agendamentos anexos.

Levando em consideração a seriedade e honradez no desempenho das funções, é fundamental, portanto, que seja recepcionada a solicitação aqui requerida e envie esforços na solução da demanda aqui apresentada.

Certo de que posso contar com o apoio e o trabalho de vossas excelências, aproveito o ensejo para apresentar protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,
DELEGADO PALUMBO
DEPUTADO FEDERAL



Cartão Nacional de Saúde
SUS / SAO PAULO SP



Cartão CNS Provisório
Cartão Nacional de Saúde



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO REJUSTIFICAR

LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1974821247

SP

Quindônia SUS

Otorrinolaringologista

Protocolo 6037671

Neurologista

Protocolo 6043813



PREFEITURA DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Agendamento

**Emissão de Comprovante**

Estabelecimento: UBS PREFEITO PRESTES MAIA
Data / Hora: 24/02/2023 11:40

Dados do Agendamento

Data / Hora: 01/03/2023 às 12:30h (Comparecer obrigatoriamente até às 12:30h)

Unidade Executante: UBS PREFEITO PRESTES MAIA

Endereço da Executante: R INACIO PINTO LIMA Nº 35

Complemento: Bairro: CIDADE TIRADENTES Telefone: (11)25550484

Procedimento: ATENDIMENTO EM GRUPO NA ATENCAO PRIMARIA

Código do agendamento: 416430795

Especialidade: ASSISTENTE SOCIAL

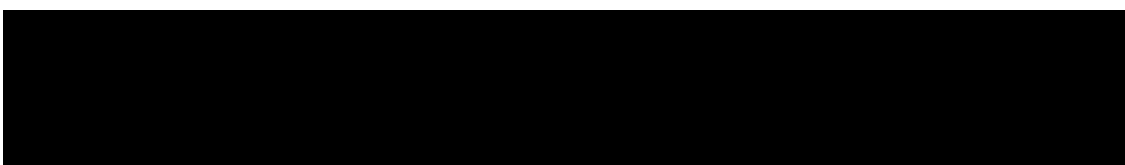
Nome Grupo: GRUPO DE ACESSO QUARTA 2023-

CRISTINA - 12:30

Recomendações:

Profissional Marcador: PRISCILA DA SILVA FERNANDES

Unidade Marcadora: UBS PREFEITO PRESTES MAIA



Em caso de reclamações e elogios sobre o serviço, utilize um dos canais oficiais da Secretaria Municipal de Saúde (Telefone 156 > Opção: 5 > Opção: 1) ou site: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/> Aba: Ouvidoria. Sua participação ajuda a Prefeitura a melhorar os serviços.

Já conhece o Agenda Fácil?

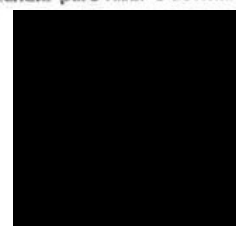
Escaneie para fazer o download



É um aplicativo criado para facilitar a vida dos munícipes. Com ele você pode:

- Atualizar seus dados de contato;
- Realizar agendamentos na sua unidade básica de saúde (UBS);
- Verificar pedidos em fila de espera e se agendar;
- Fazer a confirmação de pré-agendamentos de consultas e exames especializados;
- Cancelar ou remarcar agendamentos;
- Visualizar resultados de exames laboratoriais.

Faça o download, se cadastre e comece a usar!



NOME DO USUARIO: [REDACTED]		Nº REGISTRO: _____	
ENDEREÇO: _____		BAIRRO: _____	
CNS: _____	RAÇA/COR ()BRANCA ()PRETA ()PARDA ()AMARELA ()INDÍGENA		
TELEFONE PARA CONTATO: _____			
HIPÓTESE DIAGNOSTICA / DIAGNOSTICO <u>F84 ?</u>			
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <u>Paciente de 3 anos apresenta tran no fala, tem irritabilidade ao com, seleciona os alimentos, pouco contato visual.</u>			
EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS: <u>solato avaliação</u>			
Dra. Dienes Teixeira De Oliveira Médica CRM-SP 203348			
CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL			
AGENDADO EM ____/____/____		PARA O DIA ____/____/____	
		ÀS ____ HORAS	
RELATORIO DA CONSULTA _____			
PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS: _____			
CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL			
CRSL 0593			



Relatório Multiprofissional

Paciente [REDACTED] [REDACTED] passou pelo Grupo de Acolhimento no CAPS II Cidade Tiradentes em quatro sessões. Tal grupo é composto por equipe multiprofissional que inclui, Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem, Assistente Social e Neuropediatra. Os cuidadores vieram até este serviço através de Conselho tutelar devido queixa de atraso na fala devido traumas escolares e atraso no desenvolvimento.

Durante o acompanhamento, foi avaliado o Desenvolvimento Neuropsicomotor através de escalas, incluindo o CARS que pontuou 25,5 , houve, ainda, observação da interação seus responsáveis e com outras crianças.

A equipe identificou no paciente:

- Comprometimento da fala e linguagem: atraso de fala e fala disfuncional, fazendo uso de chupeta; relato de maior comprometimento de interação e reciprocidade social.
- Apresenta disfunção comportamental, boa interação com genitora;
- Contato visual reduzido e não sustenta contato visual;
- Interação com examinadores e outras crianças reduzida. Tem melhora interação e troca com os cuidadores;
- Apresentou estereotipia manual quando se desregula.
- Criança necessita de estimulação do desenvolvimento infantil.

Tais características podem sugerir Transtorno do Neurodesenvolvimento, com necessidade de investigação médica e acompanhamento multiprofissional, porém, no momento, paciente não apresenta indicação para inserção neste serviço. Orientamos a continuidade do manejo terapêutico via UBS/ CER.

À disposição,

JORDANA ALVES
PCREN SP 195-481-ENF

São Paulo, 29 de Maio de 2023.

01/08/23

NOME DO USUÁRIO: [REDACTED] Nº REGISTRO: _____
 ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
 CNS: _____ RAÇA/COR () BRANCA () PRETA () Parda () AMARELA () INDÍGENA
 TELEFONE PARA CONTATO: _____
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: DIAGNÓSTICO F84.1

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Reciente com o início do desenvolvimento infantil, está em acompanhamento no CAPS que está sendo realizado com frequência na sala de desenvolvimento, interação com pessoas e contato verbal. Solicita
 EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS: avaliação e consulta a mãe portadora
do CAPS.

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

AGENDADO EM / / PARA O DIA / / ÀS HORAS

RELATÓRIO DA CONSULTA

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOPTADOS:

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CRSL 0563

19/10/23

CID10:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Encaminhado para avaliação multiprofissional
identificando atraso no fala.

EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS: Realizada avaliação e terapêuticos não
indicado para início terapêutico.

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Psicóloga Clínica

CRP 06/167099

AGENDADO EM / / PARA O DIA / / ÀS HORAS

RELATÓRIO DA CONSULTA:

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOPTADOS:

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CRSL 0593

Emissão de Comprovante:

Dados do Agendamento:

Data/Hora: 27/03/2024 10:00:00

(Comparecer obrigatoriamente até as 10:00)

Unidade Executante : CER II CIDADE TIRADENTES

Endereço do Executante : RUA FERNANDO GANGA, 14 AO
LADO DO TERMINAL METALURGICO

Bairro Executante: CIDADE TIRADENTES

CEP Executante: 08471100

Procedimento : TERAPIA INDIVIDUAL

Especialidade : FONOAUDIOLOGIA

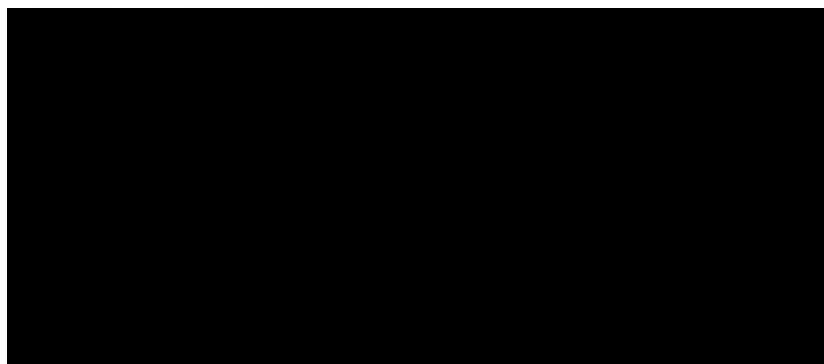
Código do Agendamento : 445146706

Recomendações : Não exige preparo específico.

Unidade de Referência : CER II CIDADE TIRADENTES

Profissional Responsável : ELIANE DIAS DE SOUSA SALINO

Profissional Marcador : THAMIRES CRISTINA MENEZES DOS
SANTOS



Emissão de Comprovante:

Dados do Agendamento:

Data/Hora: 21/02/2024 15:00:00

(Comparecer obrigatoriamente até as 14:30)

Unidade Executante : CER II JARDIM CAMPOS

Endereço do Executante : RUA CRESCENTE, 97

Bairro Executante: JARDIM CAMPOS

CEP Executante: 08152090

Procedimento : AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM
REABILITAÇÃO

Especialidade : ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO
INTELECTUAL/DESENVOLVIMENTO

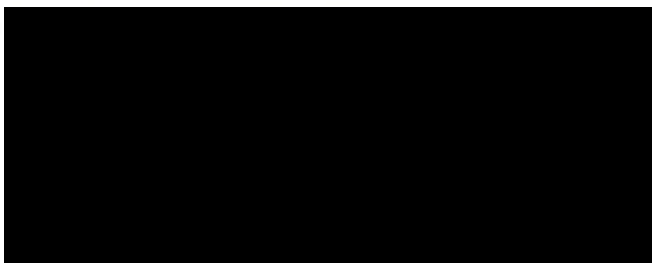
Código do Agendamento : 1046188572024

Recomendações : Preparo : TRAZER ENCAMINHAMENTO
MÉDICO COM CID, FICHA DE REFERÊNCIA COM CID E
DIAGNOSTICO, EXAMES, DOCUMENTOS PESSOAIS, CARTÃO
SUS, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM O NUMERO DO
CEP. CHEGAR COM 20 MINUTOS DE ANTECEDÊNCIA.

Unidade de Referência : UBS PREFEITO PRESTES MAIA

Profissional Responsável : CAMILA TAMIRIS DE SOUSA

Profissional Marcador : SMS AGENDA FACIL





SANTA MARCELINA
Atenção Primária à Saúde



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE
OSS TIRADENTES/GUAIANASES/ITAIM PAULISTA SANTA MARCELINA
NIR JARDIM SOARES/ CER II - JARDIM CAMPOS/ CIDADE TIRADENTES

Orientações para o uso do serviço de reabilitação

Segue abaixo orientações importantes para organização do serviço, otimização dos recursos e obtenção de melhor resultado no processo de reabilitação:

1. O primeiro atendimento se destinará para avaliação do caso e será enquadrado no tratamento, seja individual ou em grupo, de acordo com o plano terapêutico traçado pela equipe;
2. Os atendimentos serão periódicos de acordo com as necessidades clínicas, agendados previamente, sendo importante o comparecimento, nos dias e horários pré-estabelecidos, para atingir os objetivos propostos.
3. É importante o comparecimento ao tratamento com no mínimo 10 minutos de antecedência para que seja garantido tempo integral em terapia;
4. Evitar atrasos, pois acarretará prejuízo no tempo de terapia e no processo de reabilitação do paciente;
5. Caso o atraso ultrapasse 15 minutos a terapia poderá ser remarcada;
6. Caso ocorra impossibilidade de comparecimento ao tratamento, o paciente deverá comunicar ao serviço e apresentar justificativa em até 24 horas após o evento para garantir a continuidade da programação terapêutica;
7. Na ocorrência de 03 (três) faltas sem justificativa o serviço entenderá que ocorreu desistência da vaga e esta será disponibilizada para o tratamento de outro paciente;
8. O retorno ao atendimento dar-se-á através de um novo encaminhamento da equipe nuclear;
9. O tempo de duração da reabilitação dependerá da avaliação do quadro, do projeto terapêutico estipulado pela equipe e da evolução clínica, seguindo como parâmetros o balizador de tempo, que consta no Manual Institucional de Reabilitação;
10. Em casos de tratamento prolongado ocorrerá a reavaliação durante o processo de reabilitação, a cada 03 (três) meses;
11. Caso seja necessário será garantida a presença de um acompanhante durante o processo de reabilitação;

Confirmo ter recebido as orientações do funcionamento do serviço de reabilitação.

Data: 21 de Quatro de 2024.

Paciente

Josefina Silva Souza
Psicóloga
CRP: 06/172442

Terapeuta

Amila T. de Sousa
Fonoaudióloga
CRFa 248677

1 - DE

CRS LESTE
STS TIRADENTES
Unidade: UBS PREF PRESTES MAIA
RUA INACIO PINTO LIMA,nº 35 - SAO PAULO, São Paulo - SP, 08490020
Telefone: (11) 2555-2676

2 - PARA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ BAIRRO: _____
LOCALIZAÇÃO / PONTO DE REFERÊNCIA: _____
SERVIÇO DE: Fonoaudiologia CLASSIFICAÇÃO: Alta
(ESPECIALIDADE, PROGRAMA, ATIVIDADE)

TELEFONE PARA CONTATO: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / DIAGNÓSTICO: TEA // TRANSTORNO DA FALA

CID10: (F840 - AUTISMO INFANTIL), (F80 - TRANST ESPECIFICOS DESENVOLV FALA LINGUAGEM)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: PACIENTE COM SUSPEITA DE TEA EM ACOMPANHAMENTO COM PSICOLÓGIA NA UBS E AGUARDANDO AVALIAÇÃO NO CER. PACIENTE COM RELATÓRIO ESCOLAR DE ATRASO NA FALA, FALA INCOMPREENSIVEL, SELETIVIDADE ALIMENTAR, SEM SOCIALIZAÇÃO COM ADULTO E CRIANÇA, AUTOMUTILAÇÃO, SEM CONTATO VISUAL, NÃO ACEITA COMANDOS, PROBLEMAS DE APRENDIZADO. INICIADO COM RISPERIDONA 1MG/ML(DOSE: 0,25MG/DIA). SOLICITO GENTILMENTE ACOMPANHAMENTO E CONDUTA.

EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CLINICO

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

AGENDADO EM

PARA O DIA

AS

HORAS

RELATÓRIO DA CONSULTA:

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS:


Cezar André O. Mendes
CRM 123456
11/09/2011

19/09/11

**Declaração de Comparecimento
à Unidade de Saúde**



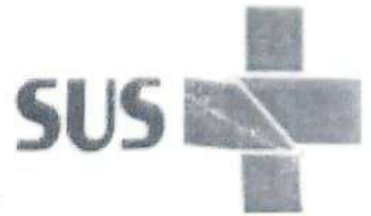
**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

UBS INACIO MONTEIRO

CNES 3661660

RUA INACIO MONTEIRO, S/N - CIDADE TIRADENTES -
CEP 08490000

Telefone: (11)25556455



Usuário foi atendido no procedimento pretendido/solicitado/agendado?: NÃO

Motivo: Profissional ausente/faltou inesperadamente

Chegada: 27/01/2025 13:31

Saída: 27/01/2025 13:46

Observações: MAE COMPARECE PARA CONSULTA DO FILHO.

Declaração emitida em 27/01/2025, às 13:51, por LAURA THAIS DE ANDRADE

Laura Thais de Andrade

Laura Thais de Andrade
Esc. Administrativo
APS-Santa Marcelina

Carimbo e Assinatura
do Responsável

Esta declaração tem caráter administrativo e não substitui o Atestado Médico.

PSF INACIO MONTEIRO	
Av. Inacio Monteiro, 3002 (Próximo ao Sítio Conceição)	
27/01/2025	
FONOAUDIOLOGIA	
MIGUEL DA SILVA SANTOS	
PROFISSIONAL:	JULIANA GOMES
HORÁRIO:	14:00
ORIENTAÇÕES:	
CHEGAR COM 15 MINUTOS DE ANTECEDENCIA	



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA / CONTRARREFERÊNCIA

1 - DE

CRS LESTE

STS TIRADENTES

Unidade: UBS PREF PRESTES MAIA

RUA INACIO PINTO LIMA, n° 35 - SÃO PAULO, São Paulo - SP, 08490020

Telefone: (11) 2555-2676

UNIDADE DE REFERÊNCIA

ENDEREÇO

2 - PARA

CIDADE

ESTADO

BAIRRO

LOCALIZAÇÃO / PONTO DE REFERÊNCIA

SERVIÇO DE: Neurologia

CLASSIFICAÇÃO: Alta

(ESPECIALIDADE, PROGRAMA, ATIVIDADE)

TELEFONE PARA CONTATO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / DIAGNÓSTICO: TEA

CID10: (F840 - AUTISMO INFANTIL)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: PACIENTE COM SUSPEITA DE TEA EM ACOMPANHAMENTO COM PSICOLÓGIA NA UBS E AGUARDANDO AVALIAÇÃO NO CER. PACIENTE COM RELATÓRIO ESCOLAR DE ATRASO NA FALA, FALA INCOMPREENSÍVEL, SELETIVIDADE ALIMENTAR, SEM SOCIALIZAÇÃO COM ADULTO E CRIANÇA, AUTOMUTILAÇÃO, SEM CONTATO VISUAL, NÃO ACEITA COMANDOS, PROBLEMAS DE APRENDIZADO. INICIADO COM RISPERIDONA 1MG/ML(DOSE: 0,25MG/DIA). SOLICITO GENTILMENTE ACOMPANHAMENTO E CONDUZA.

EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CLINICO

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

AGENDADO EM

PARA O DIA

AS

HORAS

RELATÓRIO DA CONSULTA:

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS:

Carimbo e Assinatura do Profissional Responsável

Assinatura

19/09/24

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE GUAIANASES
EMEI TOMÁS GALIARDO

São Paulo, 13 de Junho 2024.

A/C SERVIÇO DE SAÚDE

Vimos, por meio deste, encaminhar, [REDACTED] aluno regularmente matriculado nesta U.E. no Infantil Unificado- 7ºE, manhã, para avaliação/atendimento médico/psicológico.

A criança frequenta esta unidade desde o mês de fevereiro de 2024, e desde então tem apresentado comportamentos que necessitam ser observados e avaliados. Miguel tem 04 anos e é uma criança com extrema dificuldade na fala (raramente consegue falar "mã" ou "não", não forma frases e nem consegue repetir a fala de outro). Em constantes tentativas de estímulos de fala o mesmo não corresponde, tem comprometimento na interação social com os adultos e as demais crianças, não mantém contato visual, é seletivo com os alimentos, tem dificuldade em permanecer nos espaços, apresenta estereotipia com as mãos para tentar se regular e mais recentemente, quando não consegue ser compreendido, quando contrariado ou não consegue o que deseja tem apresentado crises de gritos e mordido seus próprios braços.

A criança já foi avaliada pelo Caps Infantojuvenil Cidade Tiradentes II, o qual encaminhou o atendimento/ avaliação para UBS de referência, sugerindo possível diagnóstico de Transtorno de Desenvolvimento com necessidade de avaliação desde Maio de 2023, ou seja, há mais de 01 ano aguardando atendimento. A genitora srª Daise Cristina da Silva, relata dificuldade no agendamento/atendimento/avaliação médica por parte da rede pública de saúde que atende a criança.

Pedagogicamente, mesmo com as tentativas de intervenção pedagógica, temos notado um agravamento nas questões comportamentais, como, por exemplo, as mordidas que podem causar dor e ferimento na própria criança.

Pelos motivos expostos acima, solicitamos que a criança possa ser atendida pelo serviço de saúde e avaliada dentro de suas necessidades, para que em parceria com a família possamos atender de forma adequada a criança, buscando seu desenvolvimento global, em todas as esferas e garantir o aprendizado dentro de suas especificidades.

Atenciosamente,

Elaine Pereira Chida
RF: 7.71.770.8
RG: 46.892.932-0
Diretor de Escola



Diretor de Escola
Elaine Pereira Chida

Para ser protocolado na SERVIÇO DE SAÚDE e devolvido à Escola