



71412H 38566885 (filar)
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS X "Dr. Laury Cullen" Piracicaba

CONFERIDO

12/08/16 ANA

Rua do Trabalho, 602 - Cep 13.418-220 - Tel.: 3437.7424 - Fax: (19) 3434.0668
E-mail: drs10-cregulacao@saude.sp.gov.br

MARIA JOSE VICHETINI DE OLIVEIRA CONFERIDO

Encaminhamento para Agendamento de Especialidades

Especialidade: _____

Local: _____

Nome do paciente: MARIA JOSE VICHETINI DE OLIVEIRA, 72 ANOS

Data de nasc.: 28/10/44 Sexo: F

RG: 16387760-9 CPF: 06768916831

Nº do Cartão SUS: 898 0011 2599 9685

Nome do pai: ARMENIO VICHETINI - ARMENIO VICHETINI

Nome da mãe: PAULINA BUENO - PAULINA BUENO

Nome do responsável: _____

Endereço: Rua Miguel Canavieira nº 685 A

Bairro: Pg. STF Cândida Cep: 13603133

Município: Araras

Telefone de contato: 19 35445214 / 996868104 Neto

Encaminhado por: Q CRM: _____

Município: Araras-sp

Telefone/Contato: CENTRAL DE REGULAÇÃO - Centro de Saúde II

(19) 3543-1522 - Ramal: 229/230/231

Histórico da Doença:

6682 CONVOCAS A/6

Data do encaminhamento: _____ / _____ / _____

CID: _____

AGENDAMENTO DA CONSULTA

Data: _____ / _____ / _____ Horário: _____

Local da consulta: _____

SUS

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

GUIA PARA REFERÊNCIA

DE (SERVIÇO):	PARA (SERVIÇO):
BAIRRO:	ESPECIALIDADES
MUNICIPIO:	END
	DATA ____/____/____
NOME DO PACIENTE:	SALA ____ HORA ____ Nº PRONTUÁRIO (ORIGEM)
QUADRO CLINICO:	
EXAMES REALIZADOS:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	<i>685 cornotas</i>
CONDUTA:	<i>Solução susl</i>
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:	ASSINATURA / CARIMBO  DATA ____/____/____

SUS

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

GUIA DE CONTRA REFERÊNCIA

DE (SERVIÇO):	PARA:
ESPECIALIDADE:	
NOME DO PACIENTE:	Nº DO PRONTUÁRIO (ORIGEM)
QUADRO CLINICO:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	
EXAMES REALIZADOS:	
CONDUTA:	ASSINATURA / CARIMBO  DATA ____/____/____