

# Protocolo Regulação encaminhamento fila de espera



UNIDADE MÓVEL CIRÚRGICA  
PARQUE DA INDEPENDÊNCIA - 1  
AV. NAZARÉ, 3111 - 10º P. UN. INDEPENDÊNCIA  
IPIRANGA - SP - CEP: 04262-000  
CNES: 9400532

Unidade (SIGA):

Data da Consulta:

17/07/19

Tipo de Consulta:

Oftalmologia

Proctologia

Cirurgia Geral

Urologia

Vascular

Cirurgias Pequenas

Dermatologia

Ortopedia

Outra

Nome Completo do Paciente:

Data de Nascimento

## Encaminhamento

Prezado(a) paciente, a conclusão desta consulta médica demanda encaminhamento para outro local de atendimento do SUS. Assim, o senhor(a) será encaminhado para fila de espera, via Sistema da Prefeitura de São Paulo, com o diagnóstico de:

Corneo

## Próximos Passos:

- Quando sair a vaga, o responsável pelo envio desta unidade entrará em contato com o paciente pelo telefone. Serão 3 tentativas: 3 dias em 3 horários diferentes;
- **CONTATO COM SUCESSO:** o paciente irá buscar a guia médica nesta unidade onde realizou a consulta. Já para a filipeta de agendamento, a busca varia de acordo com o caso; podendo ser nesta unidade da consulta ou em uma UBS. Estas instruções serão comunicadas na ligação;
- **CANCELAMENTO:** caso não haja sucesso nas 3 tentativas de contato, o agendamento do paciente será cancelado e o paciente retirado da fila de espera. Uma nova inserção será feita somente se o paciente solicitar junto à esta mesma unidade onde realizou a consulta;

Mantenha os contatos telefônicos atualizados junto à sua Unidade Básica ou nesta unidade.

Dúvidas: SAC CIES | Tel: 5571-8017 ou 944780656 sac@ciesglobal.org



## RECEITUÁRIO

Nome: marcos neopoldo menezesEndereço (port. 344/98):  
Residência médica

Paciente em consulta oftalmológica  
apresentou os seguintes:

- Acuidade visual em campo / 20/100 MM
- Rijact: não melhora AV.
- Bjo: OI avançamento cónea  
DE crista lenticular
- PO: não alterado.

Encaminho paciente para  
fotoplântula de cónea

São Paulo, 17/07/19

Fernanda M. Goto  
Médica  
CRM 140.708

Assinatura e carimbo do prescritor

H18.6

Justificativa - COD. CID:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Portaria 344/98)

Nome: \_\_\_\_\_ R.G: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_