



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS X "Dr. Laury Cullen" Piracicaba

CONFERIDO

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

23863239 (folha)
12/08/16 ANA

Encaminhamento para Agendamento de Especialidades

CAEM DE REGULAGAO
CNEB 7013272

Especialidade: Oftalmologista

Local: ERICK GOMES DA SILVA

Nome do paciente: ERICK GOMES DA SILVA

Data de nasc.: 11/07/2002 Sexo: M

RG: 58.785.271-9 CPF: 485.674.768-10

Nº do Cartão SUS: 704504689038220

Nome do pai:

Nome da mãe: ELISANGELA GOMES DA SILVA

Nome do responsável:

Endereço: R. Lava Jor Peixe Centro - 256

Bairro: Milton Severo Cep: 13.600-000

Município: Araras - SP

Telefone de contato: 19-998632548 - 988254326

Encaminhado por: CRM: _____

Município: Araras-sp

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

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

Histórico da Doença:

Paciente com cisto cono - óptico.
Assl.

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:	<i>Comatozoos</i>
EXAMES REALIZADOS:	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:	<i>Comatozoos</i>
CONDUTA:	<i>Auslano</i>
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:	<i>Anam</i>
ASSINATURA / CARIMBO <i>Dr. Guillermo de Paula K. Santos</i> <i>Médico</i> <i>CRM 120968</i> <i>Q.</i>	
DATA ___ / ___ / ___	

SUS

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

GUIA DE CONTRA REFERÊNCIA

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