



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA
COORDENADORIA ESTADUAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL



SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

DATA: / / HORÁRIO:

***IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE**

UNIDADE: CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS

MUNICÍPIO: BATAGUASSU - MS

TELEFONE E FAX: (67) 3541-1398

SERVIDOR DA SMS:

***IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME:

ENDEREÇO:

DATA NASC.:

IDADE:

SEXO:

CPF:

TELEFONE:

NOME DA MÃE:

PRONTUÁRIO:

CARTÃO SUS:

TIPO DE CONSULTA: ☒ 1ª VEZ ☐ RETORNO

***CID e CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

***JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

QUEIXA/H.D./EX. FÍSICO/EX. LABORATORIAL/OUTROS EXAMES:

doe olho. (O) / do olho
Plástico Ocular

CARATER DA SOLICITAÇÃO

☐ ELETIVO

☒ URGENTE

***MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

plástico ocular (+) brucelose

***PROFISSIONAL SOLICITANTE**

NOME:

DRº DANILO BOSCOLI

Conselho de Classe:

DATA:

HORÁRIO:

CRM/MS 11824824

ASSINATURA E CARIMBO

AGENDAMENTO

UNIDADE:

MUNICÍPIO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

DATA DO ATENDIMENTO:

HORÁRIO:

PROFISSIONAL EXECUTANTE:

FONE:

MOTIVO DA RECUSA DE AGENDAMENTO

- PREENCHIMENTO DEVERÁ SER REALIZADO DE FORMA LEGÍVEL (PREFERÊNCIA LETRA DE FORMA).
- TODOS OS CAMPOS COM ASTERISCO (*) DEVERÃO SER PREENCHIDOS ANTES DO ENVIO DO FAX.
- PREENCHER O Nº DO PRONTUÁRIO SOMENTE EM CASO DE RETORNO.

CARIMBO/ASSINATURA MÉDICO REGULADOR