



7142N 38566885 (fila)
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 Lima

CONFERIDO

Encaminhamento para Agendamento de Especialidades

Especialidade: _____

Local: _____

Nome do paciente: Maria Jose Vichetini de Lima, 72a

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 Canabarro Nº 685 A

Bairro: Pq. São Candida Cep: 13603133

Município: Araras

Telefone de contato: 19 35445214 1 996868104 neto

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: _____

16820 CORONA A/G

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 ____/____/____	SALA ____	HORA ____
NOME DO PACIENTE:		Nº PRONTUÁRIO (ORIGEM)	
QUADRO CLINICO:			
EXAMES REALIZADOS:			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
6825 CORNOVAIA			
CONDUTA:			
folha sus			
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:		ASSINATURA / CARIMBO	
Sims			
		Dr. Guilherme de Paula Santos Médico CRM 120860	
		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 ____/____/____	