

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

*USM*

\*JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

*doe*

*(CD)*

*doloroso*

*Plástico Ocular*

CARACTER DA SOLICITAÇÃO

ELETIVO  URGENTE

\*MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO -

*proteger o olho*



*desconforto*

\*PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME:

**DRº DANILo BOSCOLI**

Conselho de Classe:

CRM/MS 11824823  
 ASSINATURA E CARIMBO

DATA:

HORÁRIO:

UNIDADE:

MUNICÍPIO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

DATA DO ATENDIMENTO:

HORÁRIO:

PROFISSIONAL EXECUTANTE:

FONE:

AGENDAMENTO

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 N° DO PRONTUÁRIO SOMENTE EM CASO DE RETORNO.