



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE

DRS X "Dr. Laury Cullen" Piracicaba

Rua do Trabalho, 602 - Cep 13.418-220 - Tel.: 3437.7424 - Fax: (19) 3434.0668

E-mail: drs10-cregulacao@saude.sp.gov.br

23862239 (file)

CONFERIDO

12/08/16 ANA

Encaminhamento para Agendamento de Especialidades

CAED "Dr. Laury Cullen"
CNE 7013272

Especialidade: Of. talonologia

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: Elisângela Gomes da Silva

Nome do responsável: _____

Endereço: R. Maria José Peixe Cerise - 256

Bairro: Hilton Sena

Cep: 13.600.000

Município: Araras - SP

Telefone de contato: 19-998632548

- 988254326

Encaminhado por: _____

Dr. Guilherme de Paula R. Barros
Médico
CRM 120960

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 CBATO com - Solução
Assol

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:			
Contato com			
EXAMES REALIZADOS:			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
Contato com			
CONDUTA:			
Ausência			
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:		ASSINATURA / CARIMBO	
Aviso		Dr. Guilherme de Paula R. Santos Médico CRM 120968	
		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 ____ / ____ / ____	