



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONSULTA E EXAME NO ICDF

Encaminhamos o paciente identificado abaixo para atendimento, nos termos do contrato nº 005/2006-SES-DF, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde do DF e o ICDF.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:

CARTÃO SUS:

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE:

ENCAMINHAMENTO

- ☐ CARDIOLOGIA GERAL
- ☐ ARRITMOLOGIA

- ☐ CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA
- ☒ CIRURGIA CARDÍACA

RESUMO CLÍNICO

MEDICAÇÕES EM USO

____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO SOLICITANTE