

Prefeitura Municipal de Santa Rita do Sapucaí

CEP: 37540-000 - ESTADO DE MINAS GERAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GUIA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Unidade de Destino: _____

Especialidade Solicitada: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

PRONTUÁRIO: _____

ENDEREÇO: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ OCUPAÇÃO: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

JUSTIFICATIVA DA REFERÊNCIA:

HISTÓRIA E QUADRO CLÍNICO: _____

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S): _____

EXAMES REALIZADOS (data e resultados): _____

CÔNDUTA TERAPEUTICA: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

☐ DIAGNÓSTICO ☐ TRATAMENTO ☐ SEGUIMENTO ☐ OUTRA ESPECIALIDADE
☐ INTERNAÇÃO ☐ OBSERVAÇÃO ☐ OUTRO (_____)

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE: _____

ESPECIALIDADE: _____ CRM: _____

DATA: ____/____/____ CARIMBO E ASSINATURA: _____

AGENDAMENTO PARA:

UNIDADE: _____ ESPECIALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

MUNICÍPIO: _____ DATA: ____/____/____

RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO: _____