



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA

GUIA DE REFERÊNCIA

Município: _____ Especialidade solicitada: _____
Nome da Unidade: _____

I – Identificação do paciente:

Nome: _____
Nascimento: ____/____/____ Cor: _____ Sexo: ____ Est.Civil: _____
RG: _____ CPF: _____ CNS: _____
Peso: _____ Altura: _____ CROSS: _____
Nome da Mãe: _____
End.Resid.: _____
Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____
Fone Resid.: () _____ Cel: _____

II – Justificativa da Referência:

- História Progressiva e Quadro Clínico: CID-10: _____

- Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: _____

- Exames Realizados – Data e Resultados _____

- Conduta Terapêutica _____

III - Para especialidade Oftalmologia:

AV: OD _____ OE _____

IV – Motivo do Encaminhamento

() DIAGNÓSTICO () CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA () TRATAMENTO
() SEGUIMENTO () OUTRA ESPECIALIDADE () INTERNAÇÃO
() OUTROS (ESPECIFICAR) _____

V – Nome do médico solicitante: _____
CRM: _____ CNS: _____
Assinatura _____ Data: _____

VI – Nome Médico Autorizador: _____
Doc. (CNS/CPF) _____
Data da Autorização: ____/____/____

CONTRA-REFERÊNCIA

() Alta () Segmento ao município

Outros/Observações: _____

Se necessário, utilizar o verso para maiores informações.