



**Prefeitura de
SOROCABA**

**Secretaria da
Saúde**

GUIA DE REFERÊNCIA



CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE:

Policlínica Municipal Dr Edward Maluf
Ay Roberto Simonsen 987 CNS 2708761
Fone: (15) 3219-2200

Especialidade:

Prioridade: PO ()

Endereço do local agendado:

P1 ()

P2 ()

P3 ()

Data:

Hora:

Nome do Paciente / Nome Social:

Data de Nascimento:

Tempo da Doença:

SIS:

CROSS:

Quadro Clínico:

Hipótese de Diagnóstico:

CID:

Exames Solicitados:

Medicação Indicada:

Evolução do Paciente:

Motivo do Encaminhamento:

Assinatura / Carimbo do Profissional

Assinatura / Carimbo do Coordenador da Unidade:

Data:

Data:



**Prefeitura de
SOROCABA**

**Secretaria da
Saúde**

GUIA CONTRARREFERÊNCIA



Do serviço:

Para:

Especialidade:

Nome do Paciente:

Nº do Prontuário:

Diagnóstico / Tratamento:

Orientação à Unidade de Origem:

*** Retorno em:**

Assinatura / Carimbo

Data: