

Secretaria da Saúde		Prefeitura de SOROCABA	GUIA DE REFERÊNCIA	SUS 
------------------------	--	-----------------------------------	--	---

Centro de Saúde Vila Haro Rua Aristides Silva Lobo, 379 Tel.: 3227-2370 Cód. 81.698 CEP 18015-340 CNES: 2035847	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Especialidade: <u>oftalmo</u></td> <td style="width: 50%;">Prioridade: PO ()</td> </tr> <tr> <td>Endereço do local/agendado:</td> <td>P1 () P2 () P3 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data: _____ Hora: _____</td> </tr> </table>	Especialidade: <u>oftalmo</u>	Prioridade: PO ()	Endereço do local/agendado:	P1 () P2 () P3 ()	Data: _____ Hora: _____	
Especialidade: <u>oftalmo</u>	Prioridade: PO ()						
Endereço do local/agendado:	P1 () P2 () P3 ()						
Data: _____ Hora: _____							

Nome do Paciente:/Nome Social: <u>Irene R. Santos</u>	Data de Nascimento: / /
Tempo da Doença: _____	SIS: _____ CROSS: _____
Quadro Clínico:	
<u>Pcte c/ carta do Dra Luciene Alves Santos</u> <u>CRMSP 87624 oftalmologista que solicita</u> <u>avaliação setor de glaucoma</u>	
Hipótese de Diagnóstico: <u>Glaucoma</u>	CID: <u>H40.0</u>
Exames Solicitados:	
Medicação Indicada:	
Evolução do Paciente:	
Motivo do Encaminhamento: <u>avaliar espec</u>	
Assinatura / Carimbo do Profissional <u>Haime Harada Dantas</u> Médica-CRM 128.359 CNES 7220782187678 Data: / /	Assinatura / Carimbo Coordenador da Unidade: Data: / /

Secretaria da Saúde		Prefeitura de SOROCABA	GUIA CONTRARREFERÊNCIA	SUS 
Do serviço:		Para:		
Especialidade:				
Nome do Paciente:		Nº do Prontuário:		
Diagnóstico/Tratamento:				
Orientação à Unidade de Origem:				
* Retorno em:		Assinatura / Carimbo		
		Data: / /		