



Prefeitura Municipal de Potim  
"Terra do Artesanato"

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Coordenadoria de saúde do Interior  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

## GUIA DE REFERÊNCIA

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E FONE

Município: \_\_\_\_\_ Especialidade solicitada: \_\_\_\_\_

DIR: \_\_\_\_\_

### I - Identificação do paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome do responsável: \_\_\_\_\_

### II - Justificativa da Referência:

História Progresso e quadro clínico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exames Realizados - Datas e Resultados

\_\_\_\_\_

Conduta Terapêutica: \_\_\_\_\_

### III - Motivo do Encaminhamento:

☐ Diagnóstico ☐ Confirmação Diagnóstica ☐ Tratamento

☐ Seguimento ☐ Outra Especialidade ☐ Internação

☐ Outros (Especificar) \_\_\_\_\_

IV - Nome do Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### V - Agendamento para:

Unidade: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do Responsável pelo Agendamento: \_\_\_\_\_

Data do Preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mod. 035