



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA
COORDENADORIA DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL



SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

DATA:

HORÁRIO:

***IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE**

UNIDADE:

MUNICÍPIO:

TELEFONE E FAX:

SERVIDOR DA SMS:

***IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME:

ENDEREÇO:

DATA NASC.:

IDADE:

SEXO:

CPF:

TELEFONE: 067 996508869

NOME DA MÃE:

0679 9882.9034

PRONTUÁRIO:

CARTÃO SUS: 702404515341020

TIPO DE CONSULTA: () PRIMEIRA VEZ () RETORNO

*** CID e CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

M19

***JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

QUEIXA/H.D/EX. FÍSICO/EX. LABORATORIAL/OUTROS EXAMES:

Doente com sequelas de fratura distal do rádio direito
há 14 meses. Opção tomada por ter sequelas rádio/carpo.
Necessita avaliação e conduta

CARATER DA SOLICITAÇÃO

(x) ELETIVO () URGENTE

***MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

Em serviço de mãe (a filha emprega)

***PROFISSIONAL SOLICITANTE**

NOME:

AZAMBRUN, AURORA

Conselho de Classe:

592

Dr. Azambrun, Aurora
Ortopedia e Traumatologia
CRM/MS 572

DATA:

HORÁRIO:

ASSINATURA E CARIMBO

***AGENDAMENTO**

UNIDADE:

MUNICÍPIO:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

DATA DE ATENDIMENTO:

HORÁRIO:

PROFISSIONAL EXECUTANTE:

FONE:

MOTIVO DA RECUSA DE AGENDAMENTO

- PREENCHIMENTO DEVERÁ SER REALIZADO DE FORMA LEGÍVEL (PREFERÊNCIA LETRA DE FORMA).
- TODOS OS CAMPOS COM ASTERISCO (*) DEVERÃO SER PREENCHIDOS ANTES DO ENVIO DO FAX.
- PREENCHER O Nº DO PRONTUÁRIO SOMENTE EM CASO DE RETORNO

CARIMBO E ASSINATURA MÉDICO REGULADOR