

**ENCAMINHAMENTO PARA O HOSPITAL DE CLINICAS DA UNICAMP**

IDENTIFICAÇÃO DA ORIGEM: PREFEITURA DO MUNICIPIO DE JUNDIAI  
UNIDADE DE GESTÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE  
NÚCLEO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE

Paciente: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) masc ( ) Fem

R.G: \_\_\_\_\_ Data de emissão: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Frequenta Escola: ( ) sim ( ) não

**Nº Cartão Unicamp:** \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Recado: \_\_\_\_\_

Nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS): \_\_\_\_\_

Nº do cadastro CROSS : \_\_\_\_\_

Observações: Preencher todos os campos em letra legível e sem abreviação

## REFERENCIA – UNICAMP

CENTRAL DE AGENDAMENTOS  
SUS

\_\_\_\_\_  
UNIDADE SOLICITANTE

DATA:      \_\_\_\_\_  
                  DIA    MÊS   ANO

**HC/UNICAMP- ENDEREÇO: Rua Vital Brasil, 251, Cidade Universitária Zeferino Vaz  
Campinas – SP - Brasil CEP -13083-888**

\_\_\_\_\_  
ESPECIALIDADE DA UNICAMP

\_\_\_\_\_  
ESPECIALISTA

\_\_\_\_\_  
NOME

\_\_\_\_\_  
IDADE

\_\_\_\_\_  
Nº PRONTUÁRIO

QUADRO CLINICO:

CONDUTA E EXAMES REALIZADOS:

DIAGNOSTICO E SOLICITAÇÕES (MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO)

CID PRINCIPAL:

\_\_\_\_\_  
MEDICO SOLITANTE-CRM

\_\_\_\_\_  
MEDICO AUTORIZADOR-CRM

\_\_\_\_\_  
PARECER DA ESPECIALIDADE DA UNICAMP

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

- ( ) RETORNAR Á UNIDADE DE ORIGEM  
 ( ) MARCAR NOVA CONSULTA NESTE SERVIÇO: PRAZO \_\_\_\_\_  
 ( ) MARCAR EXAME

\_\_\_\_\_  
MEDICO-CRM

CASO NÃO POSSA COMPARECER FAVOR DESMARCAR CONSULTA