

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 – UNICAMPCENTRAL 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_____
Nª 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