





4

REFERÊNCIA			
 <b>CENTRAL DE AGENDAMENTO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>Santo Antonio de Posse - SP</b>		 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	
		UNIDADE SOLICITANTE	
Consulta marcada por _____ FUNÇÃOÁRIO(A)		DATA: ____/____/____ DIA MÊS ANO PERÍODO	
LOCAL DA CONSULTA _____ UNIDADE _____		DATA: ____/____/____ DIA MÊS ANO HORÁRIO	
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____			
ESPECIALIDADE		ESPECIALIDADE	
NOME COMPLETO		IDADE	Nº DO PRONTUÁRIO
QUADRO CLÍNICO			
HD :			
SOLICITAÇÕES :			
MÉDICO - CRM			
 <b>CENTRAL DE AGENDAMENTO</b> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>Santo Antonio de Posse - SP</b>		 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	
		<b>CONTRA - REFERÊNCIA</b>	
INFORMAÇÃO PARA: _____ NOME DA UNIDADE			
NOME COMPLETO		IDADE	Nº DO PRONTUÁRIO
PARECER DA ESPECIALIDADE: ( exames e tratamentos realizados )			
ORIENTÇÃO AO PACIENTE			
( ) RETORNAR Á UNIDADE DE ORIGEM			
( ) MARCAR NOVA CONSULTA NESTE SERVIÇO : PRAZO		MÉDICO - CRM	
( ) MARCAR EXAME			
SENHOR(A) PACIENTE: Caso não possa comparecer á consulta ou exame favor avisar pessoalmente na <b>Regulação de Vagas</b>			