



CEAE – Centro Estadual de Atenção Especializada

GUIA DE REFERÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome da mãe: _____

Cartão SUS: _____ Doc. Identidade: _____

Endereço: _____ Telefone: (____) _____

Município de Origem: _____ Unidade de Atenção primária: _____

2. ESPECIALIDADE

() Endocrinologia () Cardiologia () Obstetrícia () Ginecologia () Urologia () Mastologia
() Pediatria () Nefrologia () Enfermagem – Pé diabético

3. MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO

4. DESCRIÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA/DIAGNÓSTICO INICIAL

5. EXAME FÍSICO (Achados mais importantes)

6. EXAMES (Anexar cópia)

EXAMES	DATA	RESULTADO	EXAMES	DATA	RESULTADO

7. TRATAMENTOS REALIZADOS

8. TERAPIA FARMACOLÓGICA

MEDICAMENTO	DOSAGEM	HORÁRIO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÕES:

Levar no dia da consulta a última receita médica juntamente com os exames disponíveis mais recentes.

Documentos necessários que deverão ser anexados a esta guia de referência:

- Cópia da identidade
- CPF ou certidão de nascimento (se for criança)
- Comprovante de endereço atual (no máximo 3 meses anteriores)
- Cartão SUS

Todos os campos são de preenchimento obrigatório, os encaminhamentos incompletos ou fora dos critérios serão devolvidos para unidade de atenção primária de referência para adequação deste.