

REFERÊNCIA

Central de Agendamentos
**PREFEITURA MUNICIPAL
DE JAGUARIÚNA - SP**

Secretaria Municipal de Saúde

Data: _____
Dia Mês Ano Período

Consulta marcada por: _____ na central de agendamento com _____
Funcionária

Local da Consulta Unidade Dia Mês Ano Hora

Endereço: Rua _____ N°. _____ Bairro: _____

Especialidade

Especialista

NOME

IDADE

N°. PRONTUÁRIO

Quadro Clínico:

Conduta e Exames Realizados:

Diagnósticos e Solicitações (motivo do encaminhamento):

Médico - CRM

Central de Agendamentos
**PREFEITURA MUNICIPAL
DE JAGUARIÚNA - SP**

CONTRA - REFERÊNCIA

Informações para :**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

NOME

IDADE

N°. PRONTUÁRIO

Parecer da Especialidade: (exames e tratamentos realizados)

Orientações ao Paciente

- () Retomar à Unidade de Origem
- () Marcar nova consulta neste serviço: Prazo _____
- () Marcar exame

Médico - CRM

Senhor Paciente: Caso não possa comparecer à consulta ou exame, favor avisar pessoalmente na
Secretaria de Saúde ou no telefone (19) 3837-2424