



**FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES
AO PRONTO ATENDIMENTO DO HNSA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente:
Data de Nascimento:

INSTITUIÇÃO QUE ESTÁ ENCAMINHANDO

Município:
Local do Atendimento que Encaminha:
Médico de Contato:
Hora do Contato Telefônico:
Motivo da Remoção:

Hospital de Destino: HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA / Camaquã / RS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS / MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS:

_____/_____/_____. (Local e data)	_____ Carimbo e Assinatura Médico que encaminhou
--------------------------------------	--

ATENÇÃO: O paciente deverá vir acompanhado de um responsável e portar **documentos de identificação e Cartão SUS.**

Obs. Este formulário está disponível no site: www.funbeca.com.br/documentos