**[A blue and white logo

Description automatically generated](https://pt.smartsheet.com/try-it?trp=57953&utm_language=PT&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Medical+Referral+Form-word-57953-pt&lpa=ic+Medical+Referral+Form+word+57953+pt)FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO MÉDICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEVOLVER O FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INDICAÇÃO PREENCHIDO PARA** | | | | | | | |
| **A/C** |  | | | **FAX** |  | | |
| **TELEFONE** |  | | | **E-MAIL** |  | | |
| **FORMULÁRIO PREENCHIDO POR** | |  | **TELEFONE** |  | | **DATA** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDICADO POR** | | | |
| **MD QUE FEZ A INDICAÇÃO** |  | **TELEFONE** |  |
| **ESPECIALIDADE** |  | **FAX** |  |
| **ASSINATURA DO MD** |  | **E-MAIL** |  |
| **PCP** se diferente |  | **TELEFONE DO PCP** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DO PACIENTE** | | | | |
| **SOBRENOME** |  | **NOME E MI** |  | |
| **DATA DE NASCIMENTO** |  | **FEMININO/MASCULINO** |  | |
| **INTÉRPRETE NECESSÁRIO?** |  | **IDIOMA NECESSÁRIO** |  | |
| **NOME DO RESPONSÁVEL** |  | **RELACIONAMENTO COM O RESPONSÁVEL** |  | |
| **ENDEREÇO DO PACIENTE** |  | **CELULAR** |  | |
|  | **TELEFONE RESIDENCIAL** |  | |
|  | **TELEFONE COMERCIAL** |  | |
|  | **E-MAIL** |  | |
| **DIAGNÓSTICO DA INDICAÇÃO** |  | | **ICD-9** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVIÇO SOLICITADO** | | | | | | |
| **MOTIVO PARA INDICAÇÃO** |  | | | | | |
| **PACIENTE CIENTE DO MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO? EM CASO NEGATIVO, EXPLIQUE.** | | | |  | | |
| **SERVIÇO/ESPECIALIDADE SOLICITADA** | |  | | **MÉDICO SOLICITADO** | |  |
| **TIPO DE SERVIÇO SOLICITADO** | |  | **CONSULTA** |  | **TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS** nova avaliação/gerenciamento do paciente | |
| **COMENTÁRIOS ADICIONAIS** |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE O PLANO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORIZAÇÃO NECESSÁRIA?** | | | | |  | | | **SIM** |  | **NÃO** | **Nº DA AUT** | |  | **Nº DE VISITAS** | |  | **DATA VENC. AUT.** | | |  |
|  | **PPO** |  | **HMO** |  | | | **OUTROS** | | **PLANO DE SAÚDE** | | |  | | | | | | | | |
| **ID DO PLANO** | | |  | | | | | | **GRUPO MÉDICO** | | |  | | | | **Nº TELEFONE** | |  | | |
| **NOME DO TITULAR DO PLANO** | | | | | |  | | | | | | **RELAÇÃO COM O CLIENTE** | | |  | | | | **DATA DE NASC.** |  |

|  |
| --- |
| **AVISO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**  Qualquer artigo, modelo ou informação fornecidos pela Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fornecemos garantia de qualquer natureza, seja explícita ou implícita, a respeito da integridade, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade do site ou das informações, artigos, modelos ou gráficos contidos no site. Portanto, toda confiança que você depositar nessas informações será estritamente por sua própria conta e risco. |