

## *Encaminhamento de Paciente (Intercâmbio)*

1. Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

2. Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

3. Algum colega da especialidade em Ituverava, já foi consultado para assumir o caso?  
( ) Sim ( ) Não4. Os Prestadores Locais, oferecem recursos para realização do procedimento?  
( ) Sim ( ) Não5. Em caso de internações, cirurgias e UTI foi feito algum contato com serviços locais?  
( ) Sim ( ) Não6. Você contactou algum colega de outra singular para vir fazer o procedimento na nossa região?  
( ) Sim ( ) Não

7. Hospital a ser encaminhado: \_\_\_\_\_

8. Qual a especialidade que vai assumir o caso: \_\_\_\_\_

9. Relatório do caso: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

1. É obrigatório o preenchimento de todos os campos.

2. Estou ciente de que deverei manter contato com o "médico destino" para acompanhar à distância o tratamento do paciente e solicitar a sua remoção para Ituverava assim que tiver condições de transporte e se for o caso, assumir o tratamento do paciente em Ituverava. Deverei também manter informado o médico auditor da Cooperativa, sempre que for solicitado.

\_\_\_\_\_  
**Médico Requisitante**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANS - n.º 32305-5**