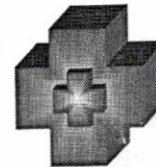




# MUNICÍPIO DE IJUÍ – PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



## REQUISIÇÃO INTERNA Nº 483/2015 – SMS

ÓRGÃO.....: 12 – Secretaria Municipal da Saúde

UNIDADE.....: 02– Coord. Do Fundo Municipal de Saúde – UNIÃO

AÇÃO.....: 2.123 – Piso da Atenção Básica Fixo (SMS)

NATUREZA DA DESPESA: 3.3.90.39.63.0000 - SERVIÇOS GRÁFICOS - 6576

COPAM-RECEBIDO

16/03/15

ASS.: 8 14:47hs

CÓDIGO PRODUTO	QUANTIDADE	UNIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR
29154	1.00	Bloco	Formulário de referência e contra referência para médico especializado, tamanho A4, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente e verso (1 x 1), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	

DESTINO...: Para uso da Secretaria Municipal da Saúde.

CREDOR...:

Declaro que a ação de despesa requisitada está prevista no Plano Plurianual e na Lei de Diretrizes Orçamentária, com saldo de dotação na natureza de despesa no Orçamento do Órgão, bem como devidamente classificada, conforme codificação específica no SIAPC.

IJUÍ-RS, 09 de março de 2015

Márcia Elisa Basso Boniatti  
Matrícula 21307-12  
Requisitante

Alexandra de Freitas Lentz  
CPF: 883.613.300-20  
Secretária Municipal de Saúde

Observações:

☒ Deferido  
☐ Indeferido

Fioravante Batista Ballin  
Prefeito

COPAM


Modalidade:

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

Município de Ijuí-Poder Executivo  
Walter Arbo  
Secretário Adjunto da Fazenda

Reg: 524/2015  
PROC. 896/2015  
T.P. 131/2015

590

 SUS	MINISTÉRIO DA SAÚDE	ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	17ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
CONTRA REFERÊNCIA			
FORMULÁRIO DE CONTRA REFERÊNCIA PARA MÉDICO ASSISTENTE			
Unidade:		CNES	
Nome do paciente:			
Data nascimento: __/__/__		CNS paciente	
Endereço:			nº
Município:		CRS	CEP
Data da consulta: __/__/__			
Motivo do Encaminhamento para Unidade de Saúde Municipal			
Exames solicitados / Realizados / Resultados			
Tratamento / Descrição dos Procedimentos Realizados			
Diagnóstico / CID			
ORIENTAÇÕES DE CONDUTA			
Médico:		CREMERS	
Assinatura e carimbo:		CPF	
		CNS	
Data:			



SUS

MINISTÉRIO  
DA SAÚDEESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL17ª COORDENADORIA  
REGIONAL DE SAÚDE

## REFERÊNCIA

## FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO ESPECIALIZADO

Unidade: \_\_\_\_\_ CNES \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CNS paciente \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ CSR \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Data consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data retorno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Motivo do Atendimento

## Tratamento / Descrição dos Procedimentos

## Exames solicitados / Realizados / Resultados

## Diagnóstico / CID

## Motivo do Encaminhamento

## Especialidade

Médico Solicitante:

CREMERS \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Assinatura e  
carimbo:

CNS \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_