



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas – Coordenação da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade e TFD
tfd.saude@goias.gov.br – (62) 3201-3841

Formulário 01 – CNRAC - CERAC/GO

Encaminhamento a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade de Goiás

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Nome da Unidade:

CNES da Unidade:

Município:

Classificação de Risco CERAC Solicitante

- Prioridade 0 (Emergência / necessidade de atendimento imediato)
 Prioridade 1 (Urgência/ atendimento o mais rápido possível)
 Prioridade 2 (Não urgente)
 Prioridade 3 (Atendimento de acordo com o agendamento)
 Prioridade não definida

Telefone Contato:

E-mail:

DADOS DO PACIENTE

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo

Feminino

Masculino

CPF:

CNS:

Nome da Mãe:

Endereço atual

Rua:

Setor:

CEP:

Cidade:

UF:

Contatos atuais

Telefone Fixo:

Celular:

Whastapp:

E-mail:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Clínica:

CID-10 Principal:

Descrição:

Código SIGTAP:

Descrição:

Tipo Sanguíneo/Fator Rh:

Peso (Kg):



Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás
Gerência de Regulação de Cirurgias Eletivas – Coordenação da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade e TFD
afd.saude@goias.gov.br – (62) 3201-3841

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. Internação: Sim Não
2. Medicação especial Sim Não
3. Infecção: Sim Não
4. Ventilação Mecânica: Sim Não

Área exclusiva em caso de solicitação para especialidade de Cardiologia

Classe Funcional:

Função Ventricular:

Medicações em Uso:

Justificativas de Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicas:

Condições que Justificam a Solicitação:

Principais Resultados e Provas Diagnóstica

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome Completo:

CPF:

CRM:

Local:

Data:

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente:

(Deve estar cadastrado no CNES e com vínculo ao Estabelecimento Solicitante)