



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
fdgoias@gmail.com - (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:	<input type="text"/>	
CNES da Unidade:	<input type="text"/>	
Município:	<input type="text"/>	
Classificação de Risco CERAC Solicitante		
<input type="checkbox"/> Prioridade 0 (Emergência / necessidade de atendimento imediato)		
<input type="checkbox"/> Prioridade 1 (Urgência/ atendimento o mais rápido possível)		
<input type="checkbox"/> Prioridade 2 (Não urgente)		
<input type="checkbox"/> Prioridade 3 (Atendimento de acordo com o agendamento)		
<input type="checkbox"/> Prioridade não definida		
Telefone Contato:	<input type="text"/>	
E-mail:	<input type="text"/>	
DADOS DO PACIENTE		
Nome Completo:	<input type="text"/>	
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	
Idade::	<input type="text"/>	
Sexo	Feminino <input type="checkbox"/>	
	Masculino <input type="checkbox"/>	
CPF:	<input type="text"/>	
CNS:	<input type="text"/>	
Nome da Mãe:	<input type="text"/>	
Endereço atual		
Rua:	<input type="text"/>	
Setor:	<input type="text"/>	
CEP:	<input type="text"/>	
Cidade:	<input type="text"/>	
UF:	<input type="text"/>	
Contatos atuais		
Telefone Fixo:	<input type="text"/>	
Celular:	<input type="text"/>	
Whastapp:	<input type="text"/>	
E-mail:	<input type="text"/>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
Clínica:	<input type="text"/>	
CID-10 Principal:	<input type="text"/>	
Descrição:	<input type="text"/>	
Código SIGTAP:	<input type="text"/>	
Descrição:	<input type="text"/>	
Tipo Sanguíneo/Fator Rh:	<input type="text"/>	
Peso (Kg):	<input type="text"/>	
Setembro /2022	Manual de Regulação de Alta Complexidade Interestadual - CERAC – Estado de Goiás	Página 1 de 2
Ouvidoria SUS - ouvidoria.saude@goias.gov.br - 0800 643 3700		

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. Internação: Sim Não 3. Infecção: Sim Não
2. Medicação especial 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)