



ESTADO DE SANTA CATARINA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL DA SERRA CATARINENSE  
COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL  
CIR - SERRA CATARINENSE

## **DELIBERAÇÃO Nº 51/CIR SERRA CATARINENSE/2024**

A COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL - CIR SERRA CATARINENSE, COM BASE NAS SUAS COMPETÊNCIAS REGIMENTAIS E NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, EM REUNIÃO ORDINÁRIA DO DIA 17 DE OUTUBRO DE 2024, NO HORÁRIO DAS 08H30M, NO MUNICÍPIO DE LAGES, NO AUDITÓRIO DA SECRETARIA DE SAÚDE;

### **RESOLVE:**

**APROVAR A IMPLEMENTAÇÃO DO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA O CER II - UNIPLAC, CONFORME O ANEXO QUE INTEGRA A PRESENTE DELIBERAÇÃO.**

LAGES, 17 DE OUTUBRO DE 2024.

  
**ODILA MARIA WALDRICH**  
COORDENADORA DA CIR SERRA CATARINENSE.

---

**COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL  
CIR - SERRA CATARINENSE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES**  
Praça Leoberto Leal, nº 20 - CEP: 88501-310 - Contato: (049) 3251 - 7656  
E-mail: [cms@saudelages.sc.gov.br](mailto:cms@saudelages.sc.gov.br)

- ( ) Consulta em Reabilitação Física I (0301010072)  
( ) Consulta em Reabilitação Intelectual I (0301010072)  
( ) Acolhimento para Reabilitação para AVC (0301010072)  
( ) Reabilitação em Amputados (0301010072)  
( ) Reabilitação de Pacientes Pós COVID 19 (0301070210)

**1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome Completo: _____		Data Nasc.: __/__/__	Gênero: ( ) Masc. ( ) Fem.
Nº Cartão Nacional do SUS: _____		Telefone Celular/residencial: _____	
Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____		UBS: _____ Telefone da UBS: _____	

**2) DADOS CLÍNICOS**

Médico Solicitante: _____	
Diagnóstico Clínico: _____ CID: _____	
Histórico da Doença:  	
Tratamentos Realizados:  	
Complicações relacionadas ao quadro:  	
Exames complementares Realizados: (anexar cópias)  	
Doenças Crônicas: HAS ( ) DM ( ) COVID - 19 ( ) DPOC ( ) Doença Cardiovascular: Sim ( ) Qual: _____ Outros: _____	
Medicamentos Utilizados:  ⑩ ⑩ ⑩	⑩ ⑩ ⑩

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico