**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CÓDIGO DE CONSULTA:

**Ficha de Encaminhamento (REFERÊNCIA) e Retorno (CONTRA REFERÊNCIA)****I - ENCAMINHAMENTO (REFERÊNCIA) E PEDIDO DE PARECER**

Nome: \_\_\_\_\_ N° de Registro: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Encaminhamento ao Serviço de: \_\_\_\_\_

Motivo de Encaminhamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CID 10: \_\_\_\_\_

Resumo Histórico do Paciente e Tratamento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

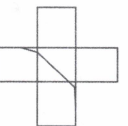
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável  
Pelo Encaminhamento (Referência)

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**Ficha de Encaminhamento (REFERÊNCIA) e Retorno (CONTRA REFERÊNCIA)****II - RETORNO (CONTRA-REFERÊNCIA) E PARECER**

Nome: \_\_\_\_\_ N° de Registro: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_ N° de Registro: \_\_\_\_\_

Parecer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamento Realizado e Orientações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável  
Pelo Atendimento e Retorno (Contra-Referência)