

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:

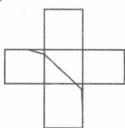
Motivo de Encaminhamento:

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)