**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: _____

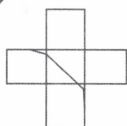
Motivo de Encaminhamento: _____

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)