



FICHA DE REFERÊNCIA

DADOS DO PACIENTE	DATA E HORA:	Nº REGISTRO:
Nome: CPF: DN: Endereço: Servidor:	Cartão SUS: Telefone: Nome da mãe:	Idade: Deficiência: Ocupação: Cidade:

DADOS DO AGENDAMENTO

Encaminhamento para Especialidade e/ou Exame:	Cidade:
Marcado para a Unidade:	
Para o Especialista:	Data e Hora:

DADOS CLÍNICOS

Resumo Clínico:	
Resultos dos Exames:	
Tratamento já realizado:	
Impressão Diagnóstica:	

Médico

CRM

Data e Hora

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Resumo Clínico:	
Resultos dos Exames:	
Diagnóstico:	CID:
Conduta:	
Observações:	

Médico

CRM

Data e Hora

SEGUIMENTO DO PACIENTE

Garantida a continuidade da assistência integral ao paciente (prontuário nº):	
Orienta-se retorno à Unidade de Origem:	Município: