

ANEXO -2
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REFERÊNCIA

1ª via- unidade de origem
2ª via- unidade de referência
3ª via-usuário

Unidade de Origem: _____
Unidade de Referência: _____
Especialidade: _____
Paciente: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
Telefone de Contato: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____
Quadro Clínico:

Conduta e Exames realizados:

Diagnóstico e Solicitações (motivo do Encaminhamento):

Assinatura/Carimbo

CONTRA-REFERÊNCIA

Nome do (a) Paciente: _____
Idade: _____ Sexo: M () F ()
Parecer da Especialidade:

Orientação à Unidade de Saúde:

- () Marcar Nova Consulta Neste Serviço
() Marcar exame solicitado
() Outros - Especificar: _____

Data: ____/____/____

Assinatura/Carimbo