# REFERÊNCIA

**PARA:**

**ESPECIALIDADE:**

**CÓDIGO CROSS:**



SECRETARIA DE

ESTADO DA SAÚDE

## AMBULATÓRIO DE

### ESPECIALIDADE

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE****NOME:** **DN: IDADE:**  **Nº CNSUS:** **NOME DA MÃE:** **ENDEREÇO:** **MUNICÍPIO:** **CEP:** **TELEFONE PARA CONTATO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**QUADRO CLÍNICO: (história - exame clínico – exames laboratoriais relevantes para o encaminhamento)** |
|  |
|  |
|  |
| **DIAGNÓSTICOS ATUAIS COM C.I.D.** |
|  |
|  |
| **MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:**  |
|   |
|  |
|  |
|  |  | **/** |  | **/** |  |  |  |  |
|  | **DATA** |  | **ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL** |  |

 NOME E CRM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIA** |  | **/** |  | **/** |  | **HORÁRIO:** |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **LOCAL –****COMPARECER 01 HORA ANTES DA CONSULTA COM TODA DOCUMENTAÇÃO PESSOAL, CARTÃO SUS, COMPROVANTE DE ENDEREÇO E EXAMES REALIZADOS.** |