



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

VAI E VOLTA
OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO
PELO ESPECIALISTA

Atenção: Letra Legível - Cumpra o Art. 39 do Código de Ética Médica

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

Nome: _____ Matrícula: _____

Idade: _____ Sexo: M ☐ F ☐

Nome do responsável: _____

Da USF: _____

Para a Especialidade de: _____

Motivo do encaminhamento:

Dados Clínicos:

Quissamã, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do Médico

CONTRA-REFERÊNCIA

Diagnóstico _____

Conduta: _____

Recomendações para o acompanhamento _____

Quissamã, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do Médico