



MUNICÍPIO DE  
CAPANEMA

**Guia de Referência Contra/Referência**

ATENDIMENTO INDICADO  
CONSULTA  
NA ESPECIALIDADE DE \_\_\_\_\_  
SADT TIPO: \_\_\_\_\_

ATENDIMENTO PLEITEADO DE NATUREZA  
URGENTE  ELETIVA   
DESLOCAMENTO PACIENTE NECESSÁRIO  
COM  SEM ACOMPANHANTE   
TIPO DE TRANSPORTE \_\_\_\_\_  
AT. Nº \_\_\_\_\_

UNIDADE EMISSORA DESTA GUIA: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

MUNICIPAL. MUNICIPALIZADA  
 ESTADUAL  VINC. SUS/PR  
 PRIVADA  NÃO VINCULADA

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ ANOS  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

**REFERÊNCIA**

IDENTIFICAÇÃO DO CASO (RESUMO HISTÓRIA/EVOLUÇÃO CLÍNICA/EXAME FÍSICO)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CONDUTA/TRATAMENTO JÁ INSTITUÍDO:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
DADOS COMPLEMENTARES DE INTERESSE (SADT)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
EXPECTATIVA DO ENCAMINHADOR:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA SOBRE CARIMBO COM NOME E C.R.M.

UNIDADE RESPONSÁVEL PELA CONTRA-REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPAL. MUNICIPALIZADA  
 ESTADUAL  VINC. SUS/PR  
 PRIVADA  NÃO VINCULADA

**CONTRA-REFERÊNCIA**

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
CID: PROVISÓRIO \_\_\_\_\_  
DEFINITIVO \_\_\_\_\_  
CONDUTA / TRATAMENTO INSTITUÍDO: \_\_\_\_\_  
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
PACIENTE DEVERÁ PROSSEGUIR TRATAMENTO NA ORIGEM: SIM  NÃO   
COM AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA ATENDIMENTO NESTE SERVIÇO EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
OBSERVAÇÕES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA SOBRE CARIMBO COM NOME E C.R.M.