



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
19ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ORDEN DE SERVIÇO
BOLETIM DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

Secretaria Municipal de Saúde de: _____

Responsável pelo agendamento na SMS: _____ Fone: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Endereço: _____ Profissão: _____ Estado Civil: _____

Município: _____ CIC: _____ CI: _____

Cartão SUS: _____ Telefone para contato: _____

INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA

Especialidade: _____

História Clínica: _____

Exame Físico: _____

Exames Complementares: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Médico: _____

Local e Data: _____

INFORMAÇÕES PARA CONTRA-REFERÊNCIA

Parecer / Avaliação: _____

Exames Complementares: _____

Orientações para Conduta: _____