



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

NOME: _____

Nº PRONTUÁRIO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

DA CLÍNICA: _____ À CLÍNICA: _____

• **MOTIVO DA CONSULTA** (Especificar os dados sobre os quais deseja a avaliação):

João Monlevade, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do Profissional

• **PARECER / CONTRA-REFERÊNCIA** (Este documento deve retornar ao profissional do 1º atendimento):

João Monlevade, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do Profissional