



## TERMO DE REFERÊNCIA

UNIDADE SOLICITANTE							
Profissional Solicitante				Registro no Conselho			
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO							
Nº do Cartão Nacional de Saúde (se possuir)				Data de Nascimento*			
Nome Completo*							
Nome da Mãe*							
Nome do Pai*							
Raça		Sexo*		UF de Nascimento*		Naturalidade*	
Identidade				Certidão de Nascimento			
Número*	Órgão Emissor*	Estado*	Data Emissão*	Número	Livro*	Folha*	Data Emissão*
Tipo Logradouro*		Logradouro*					
Número*		Bairro*				CEP*	
U F*		Cidade*				Telefone	

### INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Dados Clínicos	
Exames Realizados	
Tratamentos Instituídos	
Observações	
Hipótese Diagnóstica	C I D

### SOLICITAÇÃO DA CONSULTA ESPECIALIZADA

Especialidade	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo do Prof. Solicitante

### MARCAÇÃO DA CONSULTA ESPECIALIZADA

UNIDADE EXECUTANTE			
Data	Hora	Código de Solicitação	Nº da Chave

\*preenchimento obrigatório



# TERMO DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE EXECUTANTE	
Profissional Solicitante	Data do Atendimento
Parecer do Especialista	
Hipótese Diagnóstica / Diagnóstico Definitivo	C I D
Conduta Instituída ou Sugerida	

## RETORNO Á UNIDADE EXECUTANTE

Data do Retorno	Data do Retorno	Data do Retorno

## RETORNO Á UNIDADE SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE		
Data da Solicitação	Nome do Médico	CRM
Observações		