



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA
PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE SAÚDE



SUS-RN

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____
MUNICÍPIO: _____
PACIENTE: _____
ENDEREÇO: _____
IDADE: _____ FEMININO () MASCULINO ()
NOME DO RESPONSÁVEL: _____

DADOS CLÍNICOS

RESUMO CLÍNICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____
TRATAMENTOS JÁ REALIZADO: _____
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____ CID: _____
_____/_____/_____
MÉDICO CRM DATA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ESPEICALIDADE: _____
CONSULTA PARA A UNIDADE: _____
PARA O MÉDICO: _____ ÀS ____H DO DIA ____/____/____

SUS-RN

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ MUNICÍPIO: _____
PACIENTE: _____ PRONTUÁRIO: _____

ATENÇÃO PRESTADA

RESUMO CLÍNICO: _____

RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS: _____
DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____
CONUDTA: _____
OBSERVAÇÕES: _____
_____/_____/_____
MÉDICO CRM DATA