



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

CENTRO DE DETENÇÃO PROVISÓRIA DE CERQUEIRA CÉSAR

Ficha de Referência / Contra Referência

1 - DE

Unidade de Saúde Solicitante:

Autorizado

☐ Não

Justificar

☐ Sim

Dra. Coord.

Carimbo da Unidade

2 - PARA

Unidade de Saúde de Referência: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Bairro: _____

Serviço de: _____



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
COORDENADORIA DE SAÚDE

Nº da Matrícula _____ RG _____

Nome _____

Nome: Pai _____

Mãe _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Local de Nascimento _____

Unidade de Origem _____

Hipótese Diagnóstica/Diagnóstico _____

CID _____

Motivo de Encaminhamento _____

Exames e Procedimentos Realizados _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável

Retorno após 30 / 60 / 90 / 120 dias (_____)

Relatório da Consulta _____

Procedimentos a serem adotados _____

Medicamentos e Doses Prescritas _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável