

## Atenção Integral a Saúde Unimed Catalão

### FICHA REFERÊNCIA

Nome do paciente:

Idade:

Sexo:

**Da AIS/UNIMED**

**Para:**

**História Clínica e motivo do encaminhamento:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico solicitante

## Atenção Integral a Saúde Unimed Catalão

### FICHA CONTRA REFERÊNCIA

**Parecer do especialista**

**Para a AIS/UNIMED**

**Orientações, condutas, diagnósticos e tratamentos:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico solicitante