

## ATENÇÃO PLENA À SAÚDE

### FICHA DE REFERÊNCIA / CONTRAREFERÊNCIA

Nome:

Idade:

Sexo:

Do Centro APS / Unimed para:

História Clínica e motivo do encaminhamento:

\_\_\_\_\_  
Médico Solicitante

Data: / / .

Parecer do especialista para o Centro APS (orientações, condutas, diagnósticos e tratamentos):

\_\_\_\_\_  
Médico Especialista

Data: / / .

Médico Especialista utiliza PEP (Prontuário Médico Unimed): ( ) SIM ( ) NÃO  
- Para médicos especialistas que utilizam o PEP, preencher o Parecer no prontuário.

Classificação do Documento: Sensível