

Anexo I
Modelos de Formulários de Referência e Contrarreferência

Formulário de Referência Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	
Município de Origem: _____	
Nome do Usuário: _____	Cartão do SUS: _____
UBS que está fazendo a referência: _____	
CNES da UBS: _____	
Endereço: _____	
Telefone e E-mail de contato: _____	
CD que está fazendo a referência: _____	
Especialidade de referência: _____	
Procedimento a ser realizado: _____	
Dente e/ou região bucal que será submetida ao tratamento: _____	
Classificação em relação à priorização: () Prioridade Imediata () Prioridade Alta () Prioridade Média () Prioridade Baixa	
Justificativa da Classificação: _____ _____	
Informações a serem preenchidas somente em encaminhamentos para biópsia/Estomatologia: Descrição da Lesão: _____ Outros sinais e sintomas: _____ Hipótese Diagnóstica: _____ _____	
Informações a serem preenchidas somente em encaminhamentos para PNE: Descrição do atendimento realizado na APS: _____ _____ _____ _____	
Documentos e/ou exames complementares que serão anexados ao formulário de encaminhamento: _____ _____ _____ _____	
Data da Referência: _____	

Formulário de Contrarreferência Centro de Especialidades Odontológicas - CEO

Nome do Usuário:	Cartão do SUS:
Município de Origem:	
CEO que está fazendo a contrarreferência:	
Telefone e E-mail de contato:	
CD que está fazendo a Contrarreferência:	
Especialidade:	
Dente e/ou região bucal que será submetida ao tratamento:	
Tratamento realizado:	
Prognóstico:	
Informações adicionais sobre o tratamento:	
Orientações que foram dadas ao usuário após a finalização do Tratamento Especializado:	
Plano de cuidado:	
Ações a serem realizadas na APS (ações, orientações, periodicidade, resultados esperados e outros de acordo com a necessidade):	
Ações a serem realizadas no CEO (ações, periodicidade e outros de acordo com a necessidade):	
Data da Contrarreferência:	

Modelos de Formulários de Referência e Contrarreferência

Formulário de Referência Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	
Município de Origem: _____	
Nome do Usuário: _____	Cartão do SUS: _____
UBS que está fazendo a referência: _____	
CNES da UBS: _____	
Endereço: _____	
Telefone e E-mail de contato: _____	
CD que está fazendo a referência: _____	
Especialidade de referência: _____	
Procedimento a ser realizado: _____	
Dente e/ou região bucal que será submetida ao tratamento: _____	
Classificação em relação à priorização: () Prioridade Imediata () Prioridade Alta () Prioridade Média () Prioridade Baixa	
Justificativa da Classificação: _____ _____	
Informações a serem preenchidas somente em encaminhamentos para biópsia/Estomatologia:	
Descrição da Lesão: _____	
Outros sinais e sintomas: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____ _____	
Informações a serem preenchidas somente em encaminhamentos para PNE:	
Descrição do atendimento realizado na APS: _____ _____ _____ _____	
Documentos e/ou exames complementares que serão anexados ao formulário de encaminhamento: _____ _____ _____ _____	
Data da Referência: _____	

Assinatura e Carimbo do Profissional