



FICHA DE REFERÊNCIA

Prontuário nº: _____

Nome do usuário: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Do Hospital _____

para

Hospital Geral de Fortaleza	Ambulatório de Oftalmologia, às 5 ^{as} . feiras pela manhã (responsável: Dra. Islane Verçosa) R. Lauro Nogueira s/n – Papicu – Fortaleza, CE – CEP 60175-295 Fone: 085 3101 3259 Falar com Isan (funcionária do HGF) para agendar consulta
Hospital Infantil Albert Sabin	Setor de Oncologia Pediátrica, às 2 ^{as} . feiras pela manhã (responsável: Dra. Daiane Memória) R. Tertuliano Sales 544 – Fortaleza, CE – CEP 60410-790 Fone: 085 3101 4278
CAVIV	Centro de Aperfeiçoamento Visual Islane Verçosa Av. Santos Dumont 5150 – Papicu – Fortaleza, CE - CEP 60.190-800 Fone: 085 3066 1400

História clínica:

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura/Carimbo

Obs.: Caro colega, retornar a ficha pelo próprio usuário/portador.

X-----



FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Nome do usuário: _____

Do Hospital _____

para : _____

Diagnóstico: _____

Conduta terapêutica realizada:

Sugestões:

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura/Carimbo