



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Atenção à Saúde

## ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Nome do Paciente _____	
Retornar ao Profissional _____	Dia: _____
Encaminhamento ao Ambulatório de Clínica: _____	
Data _____	Assinatura e Carimbo _____

**Obs: Apresente este papel no guichê de marcação de consultas**