



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

Mod. 60.11 C.C: 40.352 Formato: 105 x 99 mm NNP/SUPLAN AGOSTO/2001 N.Prod. Gráfica.



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

Mod. 60.11 C.C: 40.352 Formato: 105 x 99 mm NNP/SUPLAN AGOSTO/2001 N.Prod. Gráfica.



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

Mod. 60.11 C.C: 40.352 Formato: 105 x 99 mm NNP/SUPLAN AGOSTO/2001 N.Prod. Gráfica.



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

Mod. 60.11 C.C: 40.352 Formato: 105 x 99 mm NNP/SUPLAN AGOSTO/2001 N.Prod. Gráfica.



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

Mod. 60.11 C.C: 40.352 Formato: 105 x 99 mm NNP/SUPLAN AGOSTO/2001 N.Prod. Gráfica.



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