	Governo do Secretaria d Subsecretar	e Estado de ia de Atençã	Saúde o à Saúd		CIENT	ra ra
	ENCAMI	NHAME	NIO	DE PA	CIENT	ES
Nome	do Paciente			. 4		
D.						Dià:
Ketorn	ar ao Profissi	onal	1			<u> </u>
Retorn	ar ao Profissi	onal	1			<u> Dia:</u>
Ketorn	ar ao Profissi	onal	\$			
			÷ .	1/minos		Ula:
	ar ao Profissi inhamento ac		÷ .	línica:		. Ula:
			÷ .	línica:		Ula:
			÷ .	línica:	-	
Encam	inhamento ac	Ambulató	rio de C			UIA.
	inhamento ac	Ambulató	rio de C	línica:		

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.

	Subsecretaria de Atenção à Saúde ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES	
Nome o	lo Paciente ———————————————————————————————————	
Retorna	r ao Profissional	Dia:
	1	
Encamin	nhamento ao Ambulatório de Clínica:	
- Data	Assinatura e Carimbo——	

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 of	lo Paciente ———————————————————————————————————	
Retorna	r ao Profissional	Dia:
Encamii	nhamento ao Ambulatório de Clínica:	
- Direction	manismo do rimodiatorio de Orimodi.	
– Data	Assinatura e Carimbo——	
Obs: Ap	resente este papel no guichê de marcação de cor	sultas

	_		-		
	4	- Comment			_
-	_	1	Vo	)IT	ie.

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

## ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Retornar ao Prof	issional		Dià:
Encaminhamento	ao Ambulatório de	Clínica:	
Data ———	—— Assinatura	e Carimbo_	
25 000	1 xbbiiiqtaia	c Carminoo-	

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

	Subsecretaria de Atenção à Saúde ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES	
- Nome	do Paciente ———————————————————————————————————	-
Retorn	ar ao Profissional Di	ia:
	٤.	
Г		
Encam	inhamento ao Ambulatório de Clínica:	
- Data		

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

	Secretaria	o Distrito Federal de Estado de Saúd ria de Atenção à S	le	
	ENCAM	INHAMENTO	DE PA	CIENTES
- Nome	do Paciente			
Retorn	ar ao Profiss	ional		Dia
		£.,		
Encam	inhamento a	o Ambulatório d	e Clínica:	
		Tel.		
– Data		_ Assinatur	a e Carin	1bo

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