




### ENCAMINHAMENTO

NOME PACIENTE			[REDACTED]		
IDADE	ENDEREÇO				
LOCALIDADE	ESTADO		CEP		
DOCUMENTO DE IDENTIDADE	DATA		HORÁRIO		

<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>		
Ao solicitar		

<b>DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO / PROCEDIMENTO REALIZADO</b>		
Regras Cirúrgica		

NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE		
NOME DO MÉDICO OU FUNCIONÁRIO CONTATADO		
ASSINATURA DO MÉDICO OU RESPONSÁVEL	CARIMBO	

Secretaria Municipal de Saúde Xaxim - SC  
ACERO LOPES DA SILVA  
Médico  
CREMESC - 12.656