



## DOCUMENTO DE ENCAMINHAMENTO

Quando o farmacêutico decide encaminhar o paciente a outro profissional ou serviço de saúde como a melhor conduta, ele precisa garantir que, tanto o usuário quanto o profissional ou serviço, compreendam o motivo do encaminhamento. O documento serve para formalizar a comunicação com outros profissionais.

MARCA OU SÍMBOLO  
DO ESTABELECIMENTO OU  
SERVIÇO DE SAÚDE

**NOME DO ESTABELECIMENTO  
OU SERVIÇO DE SAÚDE**

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, Estado, CEP,  
telefone ou outro meio de contato, CNPJ

**ENCAMINHAMENTO**

---

Assinatura

nome completo e número de inscrição do farmacêutico no CRF/UF  
(carimbo, impressão ou de próprio punho)

MARCA OU SÍMBOLO  
DO ESTABELECIMENTO OU  
SERVIÇO DE SAÚDE

**NOME DO ESTABELECIMENTO  
OU SERVIÇO DE SAÚDE**

Nome do logradouro, número, bairro, cidade, Estado, CEP,  
telefone ou outro meio de contato, CNPJ

**ENCAMINHAMENTO**

À (AO): [nome do profissional, especialidade ou serviço]

Prezado(a) dr.(a):

Encaminho o(a) paciente [nome completo] que informa/apresenta [informe os seguintes dados subjetivos e objetivos mais relevantes para justificar o encaminhamento, em especial descreva os sinais de alerta e as condições especiais, quando houver] para avaliação.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Assinatura

nome completo e número de inscrição do farmacêutico no CRF/UF  
(carimbo, impressão ou de próprio punho)