**MODELO – Encaminhamento (com indicações de preenchimento)**



Nome do estabelecimento ou serviço de saúde

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



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

Prezado(a) Dr(a):

Encaminho o(a) paciente [nome completo] que informa/apresenta [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 qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

[Local e data ]

*XXXXXXXXXXX*

**ENCAMINHAMENTO**

*Assinatura*

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