**MODELO – Encaminhamento**

*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)]