



CONTROLE DE ENCAMINHAMENTO DE ATENDIDOS

Nome do encaminhado:

Nome no prontuário de referência:

Data do encaminhamento:

Encaminhado por:

Para (nome do profissional/instituição e especialidade):

O encaminhado entrou em contato com o profissional/instituição indicado?

Data:

O atendimento efetivou-se?

Período: de ___/___/___ a ___/___/___

Se não, por que?

Motivo do encerramento: