



SUS Sistema Único de Saúde

Prefeitura Municipal de Bom Sucesso
Secretaria Municipal de Saúde

Ficha de Encaminhamento Médico

Do: _____

Para: _____

Nome do paciente: _____

Motivo do Encaminhamento:

Atendimento: Programado Urgente

Bom Sucesso, _____ de _____ de _____

Médico/CRM