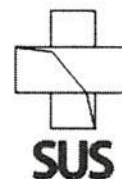


Anexo resposta 2.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI MIRIM

Secretaria de Saúde



Guia de Encaminhamento:

De: _____

Para: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Nº de Matrícula: _____

HDA - Ex. Físico - Ex. Complementares - Impr. Diagnóstico - Trat. Realizado: _____

MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO:

Mogi Mirim, ____/____/____

Médico - Carimbo - Assinatura

Contra Referência: (Evolução, Ex. Complementares, Impr. Diagnóstico, Trat. Realizado,

Proposta de Acompanhamento e Tratamento)

Médico - Carimbo