

500 + 1  
A4



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA  
Estado de São Paulo  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
SAÚDE BUCAL

**ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTAS REFERENCIADAS**

**Referência:**

Eu, \_\_\_\_\_, cirurgião-dentista da Unidade \_\_\_\_\_, encaminho o paciente \_\_\_\_\_, prontuário de número \_\_\_\_\_, para o cirurgião-dentista \_\_\_\_\_ da Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ solicitando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do cirurgião-dentista

**Contra-referência:**

Eu, \_\_\_\_\_, cirurgião-dentista da Unidade de Saúde \_\_\_\_\_, realizei no paciente \_\_\_\_\_ prontuário de número \_\_\_\_\_ os seguintes procedimentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
concluindo o tratamento no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e retornando-o à Unidade a qual ele pertence para ciência do cirurgião-dentista responsável pelo encaminhamento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do cirurgião-dentista