

### Identificação

Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ ano(s)

Sexo:  Feminino  Masculino

Tel. Contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Encaminhamento

- Programa Gerenciamento de Casos Especiais (pautado na assistência domiciliar);
- Programa Acompanhamento de Crônicos;
- Programa Cessaçã do Tabagismo;
- Orientaçã de cuidador\*
- Curso de gestante\*\*
- Programa Saúde do Idoso

\* Orientaçã de cuidador: Meses de junho e novembro

\*\* Curso de gestante: Meses de abril e setembro

### Motivo do encaminhamento e história clínica


### Dados da solicitataçã

Carimbo e Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Espaço Viver Bem

Rua Maestro Filomeno do s Santos, 109, Centro | Manhuaçu MG  
Tel: 33 3339-4410 ou 33 98818-8365