



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ UBS DE ORIGEM: _____

NOME PACIENTE: _____ FF / UBS: _____

DATA: ____ / ____ / ____

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO – ESPECIALIDADE: _____

HD: _____

AVALIAÇÃO E RESULTADO DE EXAMES:

ENCAMINHAMENTO: RETORNO À UBS

CIRURGIA: _____

ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO

ORIENTAÇÕES À EQUIPE DE SAÚDE:

GINÁSTICA POSTURAL

LIAN GONG

MEDICAMENTOS: _____

OUTROS ENCAMINHAMENTOS (ACUPUNTURA/YAMAMOTO/OSTEOPATIA/FISIOTERAPIA):

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE:

ALONGAMENTO

FORTALECIMENTO

ORIENTAÇÃO POSTURAL

EXERCÍCIOS FÍSICOS

ATENCIOSAMENTE,

nome do médico e CRM