



**ENCAMINHAMENTO
CENTRO DE ESPECIALIDADES**

Eu, _____,
Médico Veterinário, CRMV nº _____, responsável pelo animal descrito abaixo, faço seu encaminhamento para consulta especializada em (assinale):

- | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Oncologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Ortopedia |

Paciente:		Espécie:
Raça:	Idade:	Sexo: () M () F
Pelagem:	Microchip:	
Tutor/Responsável:		
Contato: ()		

Data / início aproximado da enfermidade:
Principais manifestações clínicas:
Tratamentos realizados, duração e resposta:
Exames complementares solicitados (se possível anexar exames relacionados):
Suspeita(s) clínica(s):
Outras observações (a critério do Clínico):

**Após a consulta especializada, desejo receber notícias sobre meu paciente.

- Sim (escolha uma forma de contato) Não

whatts app: ()	telefone: ()
e-mail:	
Clínica / Consultório:	

Cuiabá, MT ____ de _____ de 20____.

Assinatura e Carimbo