



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Unidade Saúde da Família
Carimbo da unidade solicitante e CNES

Vitória Régia

CNES: 2070669

Rua Francisco Silva Martins, nº 35
Parque Vitória Régia - CEP: 18078-347

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Nataly Silva Almeida

Data Nascimento ____/____/____

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS:

CROSS:

Sexo M ☐ F ☐ I ☐

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

812.97

Suspeita Clínica/CID

Bronquite / ASMA

Descrição do (s) exame (s)/Código (s):

Espiro met

*04/04/12
DR*

Data da realização: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

Prof. Dr. Carlos Alberto Silva
Medicina de Família e Comunidade
CRM 161.641 (QE 7A.60)
1240002-576.336