



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Carimbo da unidade solicitante e CNES

UBS MARIA CARMO

Rua Joaquim Ferreira Barbosa, 727

Jd. Maria do Carmo

CNES 2034786

F.: 3233.7399 / 3234.5623

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Maria L. de P. Souza

Data Nascimento: ____/____/____

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS: *123/66*

CROSS:

Sexo

M ☐ F ☐ I ☐

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

20524343

Suspeita Clínica/CID .

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

Eco doppler cardiogram

Hb: Bloqueio intraventricular / desvio de Rix. QPS E

Data da realização: ____/____/____

Data do atendimento: *19/08/22*

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Carimbo e assinatura do profissional executante:

P-58

A. 1,58

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

Gerson A. Rodrigues Junior
CRM-SP: 221967



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Carimbo da unidade solicitante e CNES

UBS MARIA DO CARMO
Rua Joaquim Pereira Barbosa, 727
Jd. Maria do Carmo
CNE.S 2034786
F.: 3233-7399 / 3234-5623

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Marcos Hugo da Rocha Siqueira

Data Nascimento

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS:

CROSS:

Sexo

M ☐ F ☐ I ☐

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

123166

Suspeita Clínica/CID

Dor de dente

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

Colunoscopia

Data da realização:

Data do atendimento:

05/04/23

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

Dr. Marcos Fabrício dos Santos
CRM 81.206



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Carimbo da unidade solicitante e CNES

UBS MARIA CARMO

Rua Joaquim Ferreira Barbosa, 727

Jd. Maria do Carmo

CNES 2034786

F.. 3233.7399 / 3234.5623

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Data Nascimento ____/____/____

Raça/cor: ☐ branca ☐ parda ☐ indígena

SIS:

CROSS:

Sexo M ☐ F ☐ I ☐

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

Suspeita Clínica/CID.

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

	MA PA	

Data da realização: ____/____/____

Data do atendimento: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Dr. Marcos Fabrício dos Santos
CRM 81.306

Carimbo e assinatura do profissional executante:

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☐ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

cod. 64268X