



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e terapia - SADT

REQUISICÃO DE EXAMES

Cartão SUS do paciente

Nome do paciente/Nome Social:

Sandolei Batista de Jesus

Data Nascimento

___/___/___

SEXO

M

F

I

☐

Raça/cor:

☐ branca

☐ parda

☐ indígena

☐ preta ☐ amarela ☐ sem inf.

CROSS:

SIS: *126686*

Suspeita Clínica/CID

D16.6 // K23

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

EDA + H. pylori

Carimbo e assinatura do profissional solicitante

Data da realização:

Data do atendimento: ___/___/___

Caráter do atendimento:

☐ Urgência ☒ Eletivo

Assinatura do paciente:

Endereço do paciente:

ALINEA M. NASCIMENTO
MÉDICA - CRM 222954

04 DEZ 2015

cod. 64268X