

MODELO – ÍTEM 43



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

40

Unidade Prestadora:

Nome: U.M.S."Dr. Taminato Tion"

Cód. SUS/SP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unidade Requisitante:

Nome: _____

Cód. SUS/SP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gestor: _____

Identificação do Cliente:

Nº RIC _____ Idade: _____ () a () m () d Sexo: () Fem. () Masc. () Ind. ()

Nome: _____

Endereço: _____

Município de Residência: _____ Cód. Mun. Residência _____ UF _____

Identificação do SADT Solicitado:

Data da solicitação: ____/____/____

Descrição do Procedimento:	Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

Identificação do Solicitante:

Assinatura: _____ CR _____

Nome: _____

Identificação do Responsável pelo SADT:

Assinatura: _____ CR _____

Nome: _____