

# SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

## REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

34

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: \_\_\_\_\_ Código SUS/SP

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Código SUS/SP

Gestor: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nº do Cartão do SUS

Nº RIC             Idade: \_\_\_\_ ( ) a ( ) m ( ) d | Sexo: ( ) Fem ( ) Masc. ( ) Inc.

Nome: \_\_\_\_\_ D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município Residência: Capela do Alto Código Mun. Resid. 1 8 1 9 5 0 0 0 UF S P

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:

Data de Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Descrição do Procedimento:	Código SIA/SUS	DATA	Assinatura do Cliente
----------------------------	----------------	------	-----------------------

_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	____/____/____	_____
-------	---	----------------	-------

_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	____/____/____	_____
-------	---	----------------	-------

_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	____/____/____	_____
-------	---	----------------	-------

_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	____/____/____	_____
-------	---	----------------	-------

_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	____/____/____	_____
-------	---	----------------	-------

Identificação do Solicitante: Assinatura: \_\_\_\_\_ CR

Nome: \_\_\_\_\_

Identificação do Responsável pelo SADT:

Assinatura: \_\_\_\_\_ CR

Nome: \_\_\_\_\_