1.000 blocos c/100 folhas

# PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA

## DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Episcolpal, Nº 1.070 - Centro - TABATINGA - SP - CEP 14.910-000
Fones (16) 3385-1145 - 3385-2417

## REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

**UNIDADE PRESTADORA:**

NOME: _____ Código SUS/SP ☐☐☐☐☐☐☐☐

**UNIDADE REQUISITAMTE:**

NOME: _____ Código SUS/SP ☐☐☐☐☐☐☐☐

Gestor: **PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA**

**IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:** **Nº CARTÃO SUS:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

NOME: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Amarela

Endereço _____

Município Residência: TABATINGA Cod. Mun. Resid. 3552700 UF: SP

RG: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Naturalidade: _____

Medição em Uso: _____

_____

Hipótese Diagnóstica: _____

_____

**IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:**

Data da Solicitação: _____ / _____ / _____

| Descrição do Procedimento | Código SIA/SUS | Data | Assinatura do Paciente |
|---|---|---|---|
| | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ___/___/___ | |
| | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ___/___/___ | |
| | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ___/___/___ | |
| | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ___/___/___ | |
| | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ___/___/___ | |

**Identificação do solicitante:**

*Assinatura:* _____ *CR* ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome: _____

**Identificação do responsável pelo SADT:**

*Assinatura:* _____ *CR* ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nome: _____