

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

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: _____ Código SUS/SP

UNIDADE REQUISITANTE:

Nome: _____ Código SUS/SP

Gestor: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nº RIC Idade: _____ ()a ()m ()d Sexo: ()fem. ()masc. ()ind.

Nome: _____

Endereço: _____

Município Residência: _____ Cód. Mun. Resid. UF

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:

Data de Solicitação: ____/____/____

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

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

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

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

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

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

Identificação do Solicitante: Assinatura: _____ CR

Nome: _____

Identificação do Responsável pelo SADT:

Assinatura: _____ CR

Nome: _____