



Prefeitura Municipal de Potim
"Terra de Artesanato"

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNOSE E TERAPIA - SADT

Código SUS/ SP

0 4 6 4 5 1

Unidade Requiritante: **U.B.S. POTIM**

Unidade Prestadora

Nome:

Código SUS/ SP

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

Gestor:

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

Nº RG

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

Idade: _____

DN: ____/____/____

Sexo: M () F ()

Nº CPF

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

Nome:

Endereço:

Município Residência: **POTIM**

Cód. Mun. Resid.

3 5 4 0 7 5 4

UF

Nº

S P

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO:

Data de solicitação: ____/____/____

Descrição do Procedimento:

Código SIA/ SUS

Data

Assinatura do Cliente

	Código SIA/ SUS	Data	Assinatura do Cliente										
1	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											____/____/____	
2	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											____/____/____	
3	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											____/____/____	
4	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											____/____/____	
5	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											____/____/____	

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE:

CR

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

Assinatura: _____

Nome: _____

IDENTIFICAÇÃO DA RESPONSÁVEL PELO SADT:

CR

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

Assinatura: _____

Nome: _____