



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES EXTERNOS

AMBULATORIO

NOME												PRONTUÁRIO Nº:											
DATA NASCIMENTO												SEXO		PESO		ALTURA		MUNICÍPIO:		PROCEDÊNCIA		BAIRRO:	
ENDEREÇO												RUA		Nº		CEP							
DADOS CLÍNICOS:																							
MATERIAL A EXAMINAR						OBRIGATÓRIO O MÉDICO CONHECER ESTA REQUISIÇÃO É DE USO EXCLUSIVO DA REDE AMBULATORIAL. É PROIBIDA SUA UTILIZAÇÃO EM PACIENTES INTERNADOS, DE PRONTO-SOCORRO, E NÃO ATENDIDOS PELA REDE AMBULATORIAL (CONSULTAS) DO SUS.																	
EXAMES SOLICITADOS POR EXTENSO OU SIGLAS USADAS PELA MEDICINA E BIOQUÍMICA																							
DATA: ____ / ____ / ____						_____ CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO																	



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE
SECRETARIA DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES EXTERNOS

AMBULATORIO

NOME												PRONTUÁRIO Nº:	

DATA NASCIMENTO	SEXO	PESO	ALTURA	MUNICÍPIO:	PROCEDÊNCIA	BAIRRO:
-----------------	------	------	--------	------------	-------------	---------

ENDEREÇO	Nº	CEP
RUA		

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR	OBRIGATÓRIO O MÉDICO CONHECER ESTA REQUISIÇÃO É DE USO EXCLUSIVO DA REDE AMBULATORIAL. É PROIBIDA SUA UTILIZAÇÃO EM PACIENTES INTERNADOS, DE PRONTO-SOCORRÔ E NÃO ATENDIDOS PELA REDE AMBULATORIAL (CONSULTAS) DO SUS.
---------------------	--

EXAMES SOLICITADOS POR EXTENSO OU SIGLAS USADAS PELA MEDICINA E BIOQUÍMICA

DATA: ____ / ____ / ____

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO