



SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
FICHA DE REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)

Nome da Unidade Requirante _____ Nº de Ordem _____
Cód. Unidade _____ DC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Matricula _____ RG _____ - -
Nome _____

Sexo 12 Masc. 25 Fem. Data Nasc. _____

DADOS CLÍNICOS

SADT SOLICITADO:

DESCRIÇÃO:

- 1 - Diagnóstico
- 2 - Controle
- 3 - CID

Código
Código
Código
Nº Sessões

Material Enviado:

Data da Requisição: _____ / _____ / _____ Cód. Unidade _____
Encaminhado para: _____ Nome da Unidade que realizará o SADT

Assinatura do Médico Responsável

CRM _____

1.ª Via Cliente/SADT - 2.ª Via Unidade - 3.ª Via Fixa

