SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE_____

Cismisel
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SETE LAGOAS

Código: REQ/RES.EXAM. Versão: 02 Emissão: Out/2026

ESTADO DE MINAS GERAIS

REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES

1. **CNS**

2. **NOME DO PACIENTE**

3. **NOME DA MÃE**

4. **ENDEREÇO**

5. **PRONTUÁRIO**

6. **DATA DE NASCIMENTO**

7. **IDADE**

8. **SEXO**

☐ MASC. ☐ FEM.

9. **ÁREA**

☐ ZONA RURAL ☐ ZONA URBANA

10. **DADOS CLÍNICOS**

11. **MATERIAL A EXAMINAR**

12. **EXAMES SOLICITADOS**

13. **LOCAL/DATA DA SOLICITAÇÃO**

_____ _____/____/_____

_____

14. **CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO**