



# PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA

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

UNIDADE PRESTADORA

Nome: \_\_\_\_\_ Cód. SUS/SP \_\_\_\_\_

UNIDADE REQUISITANTE

Nome: \_\_\_\_\_ Cód. SUS/SP \_\_\_\_\_

Gestor: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

SUSPEITA CLÍNICA \_\_\_\_\_

Nº RIC \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ ( ) a ( ) m ( ) d Sexo ( ) Masc. ( ) Fem. ( ) Ind. ( )

Nome: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município Residência: \_\_\_\_\_ Cód. Mun. Resid. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO SADT SOLICITADO

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Descrição do Procedimento:

Código SIA/SUS	Data	Assinatura do Cliente
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

Identificação do Solicitante Assinatura \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Identificação do Responsável pela SADT \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_