

Item 33

 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE NOVA BASSANO UNIDADE SANITÁRIA REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES					HOSPITAL		PRONTUÁRIO Nº	
					PAM			
REQUISIÇÃO/RESULTADO DE EXAMES								
NOME: _____								
IDADE: _____ SEXO: M ☐ F ☐ COR: B ☐ P ☐ A ☐ PESO: _____ ALTURA: _____ CLÍNICA: _____ LAB: _____ LEITO: _____								
DADOS CLÍNICOS								
MATERIAL A EXAMINAR								
EXAMES SOLICITADOS								
Data: ____/____/____					Carimbo e assinatura do Médico			



Prefeitura Municipal de Nova Bassano
Secretaria Municipal de Saúde

Agendamento

Item 9

Data: ____/____/____

Horário: _____

Motivo: ☐ Consulta Médica
☐ Teste Rápido
☐ Procedimento

A tolerância de atraso para as consultas agendadas é de 15 minutos.

Lembrar do Cartão Nacional de Saúde.

Se não puder comparecer, favor avisar pelo fone:
 ESF Cristo Redentor 3273.1026
 ESF 23 de Maio 3273.1949
 ESF Carolina Bodanese 3273.1023