

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

CARTÃO SUS		R.H.		☐ ROTINA ☐ EMERGÊNCIA
CLÍNICA		LEITO		

NOME DO PACIENTE			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	DOCUMENTO	TELEFONE
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
MUNICÍPIO		ESTADO	CEP
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			
ÁREA E/OU SEGMENTO ANATÔMICO A SER EXAMINADO			
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS			
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO		DATA DE EMISSÃO	UNIDADE SOLICITANTE
		ENCAMINHADO PARA	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO CARIMBO E ASSINATURA		ENDEREÇO	
		ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS A PARTIR DA DATA DE SUA EMISSÃO)	