

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

NOME:				☐ ROTINA	
NOME DA MÃE:				☐ EMERGÊNCIA	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	RAÇA:	PRONTUÁRIO:	
DOCUMENTO:	CARTÃO SUS:			CLÍNICA	
ESTADO CIVIL:	TELEFONE:			ESPECIALIDADE:	
NATURALIDADE:				ENFERMARIA/LEITO:	
ENDEREÇO:					
MUNICÍPIO:	ESTADO:	CEP:			

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ÁREA E/OU SEGMENTO ANATÔMICO A SER EXAMINADO

EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS

UNIDADE SOLICITANTE	ENCAMINHADO PARA	ENDEREÇO
----------------------------	-------------------------	-----------------

AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO (CARIMBO E ASSINATURA)

Data: _____

Assinatura e Carimbo do profissional responsável