



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
PEDIDO DE PARECER

Unid. de Saúde: _____
Enfermaria: _____ Leito: _____ Aptº: _____

DÍGITO TERMINAL	DATA DE NASCIMENTO				SEXO 1= M 2= F
HBDF – HSVP - HRS	INICIAL DO NOME	DIA	MÊS	ANO	
Nome: _____					

À Clínica _____

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente)

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo do Médico Requerente

Parecer: