



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PEDIDO DE PARECER

DÍGITO TERMINAL

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

1= M

2= F

HBDF – HSVP - HRS

INICIAL DO NOME

DIA

MÊS

ANO

Unid. de Saúde: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____ Aptº: _____

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: