



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

☐ ANÁLISES CLÍNICAS

☐ RADIOLOGIA

☐ OUTROS

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO
SADT**

PRONTUÁRIO
Nº

RAÇA/COR: _____

NOME DO PACIENTE		DN	IDENTIFICAÇÃO	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	ESTADO	TELEFONE
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		
		ENDEREÇO		
AUTORIZAÇÃO QUANDO NECESSÁRIO/CARIMBO E ASSINATURA				



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

☐ ANÁLISES CLÍNICAS

☐ RADIOLOGIA

☐ OUTROS

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO
SADT**

PRONTUÁRIO
Nº

RAÇA/COR: _____

NOME DO PACIENTE		DN	IDENTIFICAÇÃO	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	ESTADO	TELEFONE
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		
		ENDEREÇO		
AUTORIZAÇÃO QUANDO NECESSÁRIO/CARIMBO E ASSINATURA				