

SUS - SP

SISTEMA UNIFICADO DE REGISTRAÇÃO DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

ATESTADO

Este(a) Sr(a) _____ compareceu

a este estabelecimento de saúde em _____ de _____ para _____

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Exame | <input type="checkbox"/> Exame Radiológico |
| <input type="checkbox"/> Anamnese e Exame | <input type="checkbox"/> Exame Clínico de Exame Radiológico |
| <input type="checkbox"/> Exame Laboratorial | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Outros Exames de Exame Laboratorial | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Devidamente acompanhado por _____

☐ Para receber em seguida os resultados

☐ Foi encaminhado para atendimento hospitalar

☐ Deverá permanecer observando o tratamento, no dia _____ hora _____

☐ Deverá permanecer observando o tratamento, a partir de _____

☐ Deverá permanecer observando o tratamento, a partir de _____ hora _____

☐ _____

em _____ de _____
