



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PEDIDO DE PARECER

Unid. de Saúde: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____ Aptº: _____

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

Parecer: