



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**PEDIDO DE PARECER**

Unid. de Saúde:

Enfermaria:

Leito:

DÍGITO TERMINAL

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

1 = M

2 = F

HBDF - HSVP - HRS

INICIAL DO  
NOME

DIA

MÊS

ANO

Nome:

À Clínica:

Data:

Assinatura e carimbo do médico requisitante

Parecer: