



SUS
Sistema
único de
Saúde

Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria Municipal de Saúde

Sexo
M ☐ F ☐

Idade

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: _____

DN: _____

MUNICÍPIO: _____

CNS: _____

CÓDIGO IBGE: _____

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Data

Carimbo e Assinatura do Médico