Secretaria de Estado da Saúde
CREM
Solicitação de Procedimento Especializado

Identificação do Paciente:

Nome	Sexo:	Data de Nasc.
CPF	Nome da Mãe:	Telefone:
Endereço:	Munícipio	Estado:

Identificação do Solicitante:

Unidade Solicitante:	Data de Nasc.
Médico Solicitante:	CRM
Exame Solicitado:	

Dados Clinicos

Diagnóstico:	CID
História Clínica:	
Justificativa do Exame:	
Condições de Cooperação:	
Descrição de Prótese, Implantes, Marcapasso, etc.	

Para uso da central reguladora

Unidade Executiva	Código da Solicitação
Data e Hora do Agendamento	Médico da Central