

ANEXO II

Papel Timbrado do Serviço

Nome do Serviço:

CNPJ:

Endereço: Município: Fone:

MUTIRÃO DE ULTRASSONOGRAFIA DE NOVEMBRO/DEZEMBRO DE 2011

Nº	Data de realização da ultrassonografia	Nome completo	Cartão SUS (nº)	UBS de origem	Telefone
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

**Data / Nome / Carimbo / Assinatura do
Responsável**