

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SAÚDE

Resolução SS 49, de 03 de abril de 2009

Papel Timbrado do Serviço

Nome do Serviço:

CNPJ:

Endereço:Município:Fone:

MUTIRÃO DE MAMOGRAFIA E ULTRASSONOGRAFIA DE 30 DE MAIO DE 2009

Nº	Data. Realiz. mamografia	Nome Completo	RG	Idade	Data da Última Mamografia	Endereço	Telefone	Bi-RADS	Data Realiz. USG	Assinatura da paciente
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Obs: Na coluna "Data de Realização da última Mamografia", se nunca realizou, escrever NUNCA, se não souber dia, mês, coloca o ano

Paciente que não sabe assinar, a própria funcionária vai escrever na linha da assinatura "Não Assina"

Não esquecer de colocar os BIRADS na coluna , aqueles que tiverem sem BIRADS ou ASSINATURAS SERÃO GLOSADOS

..../..../2009 Nome / Carimbo / Assinatura do Responsável