

PREFEITURA MUNICIPAL DE MURIAÉ / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MURIAÉ

Autorizado

Secretaria Municipal de Saúde de Muriaé
Rua Vereador José Messias Soares, 5
Santo Antônio - Muriaé / MG
36.884-000 / (32) 3721-8338

NOME: _____
CARTÃO DO SUS: _____
RG ou CPF: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____. SEXO: F () M ()
ENDEREÇO: _____ Nº _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ULTRASSON REALIZADO: () Abdom. Total () Pélvica () Obstétrico () Urinário () Próstata

DATA DO EXAME : ____/____/____. HORÁRIO: _____

ASS. PACIENTE: _____

LOCAL DO EXAME: Centro de Saúde da Mulher e da Criança – Rua Coronel Izalino, nº 106 – Centro /Muriaé-MG
Telefone : (32) 3721-2003

33