



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
POLÍCIA MILITAR  
DIRETORIA DE SAÚDE

“O hospital da família militar”



### AUTORIZAÇÃO DE EXAMES

À: Comissão Gestora de Contratos de Exames Complementares

Anexo: **Original da Guia Médica solicitando o(s) exame(s)**

Solicito autorização para realização do(s) exame(s):

\_\_\_\_\_

(nome do exame)

Nome do Solicitante: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG/CI: \_\_\_\_\_ Prontuário DS: \_\_\_\_\_

Cartão do SUS: \_\_\_\_\_ Telefone de Contato: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome do Titular: \_\_\_\_\_ NF: \_\_\_\_\_

Respeitosamente,

\_\_\_\_\_  
**Assinatura solicitante**

EM ____/____/____	
AUTORIZADO	
_____ Comissão gestora de contrato de exames Diretoria de Saúde/PMES	

✂-----✂  
Paciente \_\_\_\_\_

**Para uso do Setor de Protocolo:**

Protocolo nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.

\_\_\_\_\_  
Rubrica Protocolo