



Prefeitura Municipal de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Solicitação de Avaliação Médica

Para a/o Sra./Sr. _____

_____,

sexo M () F (), _____ anos, residente em _____

_____, telefone _____.

A mesma apresenta lesões de pele e teve **contato com gato com ESPOROTRICOSE.**

UBS/AMA (próxima a residência): _____.

Endereço da UBS: _____.

Telefone da UBS: _____.

Responsável pela solicitação: _____.

UVIS: _____.

Telefone: _____.

São Paulo, ____/____/____