



Prefeitura Municipal de Maceió
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Saúde Especializada
Diretoria Especial de Auditoria do Complexo Regulador
Assessoria Técnica de Regulação



Formulário de Devolução de Solicitações

Este formulário tem como objetivo comunicar a necessidade de correção ou complementação de informações referentes às solicitações de consultas, exames ou procedimentos.

1. Dados do Solicitante

Nome do Solicitante:	
Unidade/Setor:	
Telefone/Contato:	
E-mail:	

2. Dados da Solicitação

Nº da Solicitação:	
Nome do Paciente:	
Procedimento/Exame Solicitado:	
Data da Solicitação:	

3. Motivo da Devolução

- () Dados do paciente incompletos
() Informação clínica insuficiente
() Exame/procedimento incompatível com diagnóstico informado
() Falta de assinatura e/ou carimbo do solicitante
() Outros (especificar):

4. Orientações para Correção

5. Assinatura e Responsável pela Devolução

Nome do Responsável:	
Cargo/Função:	
Assinatura:	
Data:	

Este formulário deve ser anexado à solicitação e devolvida ao solicitante para as devidas correções.