



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
UNIDADE DE RADIOLOGIA

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: _____ REGISTRO _____
IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ NATURALIDADE: _____
PROCEDÊNCIA: _____ AMBULATÓRIO () INTERNADO ()

MÉDICO INDICADO A FAZER O EXAME: _____
EXAME SOLICITADO: _____

INDICAÇÕES CLÍNICAS: _____

CONTRASTE ml		FILMES		CASTOS
IODADO	BARITADO	14X17	ÚTEIS	PERDIDOS
CRM	MATRÍCULA	24X30		
		30X40		
		35X35		
		TOTAL		

____ / ____ / ____
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME MARCADO
DATA: ____ / ____ / ____
HORAS: _____

MOD 4505 – COD COMPUTADOR 40269 – FORMATO 140 X 175 mm



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
UNIDADE DE RADIOLOGIA

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME: _____ REGISTRO _____
IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ NATURALIDADE: _____
PROCEDÊNCIA: _____ AMBULATÓRIO () INTERNADO ()

MÉDICO INDICADO A FAZER O EXAME: _____
EXAME SOLICITADO: _____

INDICAÇÕES CLÍNICAS: _____

CONTRASTE ml		FILMES		CASTOS
IODADO	BARITADO	14X17	ÚTEIS	PERDIDOS
CRM	MATRÍCULA	24X30		
		30X40		
		35X35		
		TOTAL		

____ / ____ / ____
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME MARCADO
DATA: ____ / ____ / ____
HORAS: _____

MOD 4505 – COD COMPUTADOR 40269 – FORMATO 140 X 175 mm