



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		CUSTOS	
IODADO	BARITADO		ÚTEIS	PERDIDOS	
		14X17			
		16X30			
		20X30			
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		CUSTOS	
IODADO	BARITADO		ÚTEIS	PERDIDOS	
		14X17			
		16X30			
		20X30			
CRM	MATRÍCULA	24X30			
		30X40			
		35X35			
		TOTAL			

____/____/____
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME MARCADO

DATA: ____/____/____
HORAS: _____

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