UFG HC - Hospital das Clínicas EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

# PEDIDO DE EXAME

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Paciente: | Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino |
| Data de Nascimento: |  |
| Nome da Mãe: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prontuário ou Nº de Atendimento | Setor de Origem | Nº do Leito de Internação |
|  |  |  |

EXAMES SOLICITADOS:

Indicação Clínica:

Data da Solicitação: 17/05/2025

Rua 235 QD. 68 Lote Área, Nº 285, S/Nº - Setor Leste Universitário, Goiânia – GO, 74605 - 050