



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE MARABÁ  
SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRRAFIA - FUSEX**

NOME:

PREC CP:

SOLICITO ULTRASSONOGRRAFIA:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ABDOME TOTAL          | <input type="checkbox"/> ABDOME SUPERIOR          |
| <input type="checkbox"/> HIPOCÔNDRIO DIREITO   | <input type="checkbox"/> ABDOME INFERIOR E Pelve  |
| <input type="checkbox"/> RINS E VIAS URINÁRIAS | <input type="checkbox"/> MAMAS E AXILAS BILATERAL |
| <input type="checkbox"/> TRANSVAGINAL          | <input type="checkbox"/> TIREÓIDE                 |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____          |   |

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Válido por 60 dias**

\_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE MARABÁ  
SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRRAFIA - FUSEX**

NOME:

PREC CP:

SOLICITO ULTRASSONOGRRAFIA:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ABDOME TOTAL          | <input type="checkbox"/> ABDOME SUPERIOR          |
| <input type="checkbox"/> HIPOCÔNDRIO DIREITO   | <input type="checkbox"/> ABDOME INFERIOR E Pelve  |
| <input type="checkbox"/> RINS E VIAS URINÁRIAS | <input type="checkbox"/> MAMAS E AXILAS BILATERAL |
| <input type="checkbox"/> TRANSVAGINAL          | <input type="checkbox"/> TIREÓIDE                 |
| <input type="checkbox"/> OUTRO: _____          |   |

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Válido por 60 dias**

\_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE