



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: _____