

PEDIDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Sexo:	exo: Idade:		Data de nascimento:			SES	
Jnidade H	ospitalar: ₋			Unidade de	(especialidade)):	
nternado	Sim	□Não	Enf.:		Leito:	Andar:	
	História C	Clínica e E	xame Físico				
ez TC ou	Exame Ra	diológico					
Outros Exa	mes Comp	lementar	es				
Nalialta D		Magua (C					
olicito Res	ssonancia	iviagnetica	a de				
lipóteses [Diagnóstica	as ———					
ta:/_	/	_ Espec	ialidade do M	lédico Solicitante	:		
		Médico	Solicitante		Chefe da	Unidade Requisitante	
						•	