



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

IODADO BARITADO

CRM

MATRÍCULA

FILMES CASTOS

ÚTEIS PERDIDOS

14x17

16x30

20x30

24x30

30x40

35x35

TOTAL

____/____/____
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME MARCADO

DATA: ____/____/____

HORAS: ____

MOD. 45.05 - 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

IODADO BARITADO

CRM

MATRÍCULA

FILMES CASTOS

ÚTEIS PERDIDOS

14x17

16x30

20x30

24x30

30x40

35x35

TOTAL

____/____/____
DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME MARCADO

DATA: ____/____/____

HORAS: ____

MOD. 45.05 - COD. COMPUTADOR 40269 - FORMATO 140 x 175 mm