



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

PEDIDO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Identificação

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Data de nascimento: _____ SES _____

Unidade Hospitalar: _____ Unidade de (especialidade): _____

Internado ☐ Sim ☐ Não Enf.: _____ Leito: _____ Andar: _____

Resumo da História Clínica e Exame Físico

Fez TC ou Exame Radiológico

Outros Exames Complementares

Solicito Ressonância Magnética de

Hipóteses Diagnósticas

Data: ____/____/____ Especialidade do Médico Solicitante: _____

Médico Solicitante

Chefe da Unidade Requisitante

DATA DO EXAME ____/____/____

HORA: _____