



SECRETARIA DE MEDICINA SOCIAL
REQUISIÇÃO / RESULTADO DE EXAMES

HOSPITAL

PAM

NOME

PRONTUÁRIO N°

IDADE

SEXO

M

F

COR

B

P

A

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENF.

LEITO

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

____/____/____
DATA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO