PREFEITURA MUNICIPAL
DE CARMO DO PARANAÍBA

SERVIÇO DE RADIOLOGIA
(SOLICITAÇÃO DE RAIO X)

Nome: _____ Regto.: _____

Idade: _____ E. Civil: ☐ C ☐ S Residente: _____ Categ.: _____

Exame Solicitado: _____

_____

indicações Clínicas: _____

58

Hip. Diagnóstico: _____

Marcado para ____ / ____ / ____ _____
Assinatura

G. Daniele 3851-2608