



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

REQUISIÇÃO DE RAIÓ X

UNIDADE: _____

Nome _____

Matr. _____

End. _____

Idade _____

Sexo _____

Peso _____

P. A. _____

Obs.: _____

Dados Clínicos _____

Exames Requisitados _____

SMSQ-138

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo do Médico