



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL



**SUS RJ**  
Sistema Único de Saúde

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

|       |  |        |  |             |          |               |      |       |
|-------|--|--------|--|-------------|----------|---------------|------|-------|
| NOME: |  |        |  | EMERGÊNCIA  |          | HOSPITAL      |      |       |
|       |  |        |  | AMBULATÓRIO |          | Nº PRONTUÁRIO |      |       |
|       |  |        |  | SUBPOSTOS   |          |               |      |       |
| SEXO  |  | PESO   |  | CLÍNICA     | CONTROLE |               | ENF. | LEITO |
| IDADE |  | ALTURA |  |             |          |               |      |       |

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES REQUISITADOS:

/ /  
DATA

CARIMBO/ASS. MÉDICO/CRM