



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / SUS

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME

Nº DO PRONTUÁRIO

IDADE

SEXO

COR

PESO

ALTURA

AMB

EM

UTI

PED

CC

GO

MÉD

SAP

LEITO

DADOS CLÍNICOS:

CARIMBO/AUTORIZAÇÃO

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

DATA

/ /

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO