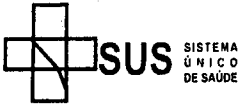


Anexo I



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

## Requisição de Exames

NOME					UNIDADE DE SAÚDE	
IDADE	D.N.	SEXO ( ) M ( ) F	DOC. Nº	PESO	ALTURA	PRONTUÁRIO
ENDEREÇO						
DADOS CLÍNICOS						
MATERIAL A EXAMINAR						
EXAMES SOLICITADOS						
_____/_____/_____ DATA				_____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		