

HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO  
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA  
**SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX**

**DATA:** \_\_\_\_\_ **Ass e carimbo do médico**

Leito	Leito 01	Leito 02	Leito 03	Leito 04	Leito 05
Nome					
Prontuário					
Leito	Leito 06	Leito 07	Leito 08	Leito 09	Leito 10
Nome					
Prontuário					

HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO  
CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA  
**SOLICITAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX**

**DATA:** \_\_\_\_\_ **Ass e carimbo do médico**

Leito	Leito 01	Leito 02	Leito 03	Leito 04	Leito 05
Nome					
Prontuário					
Leito	Leito 06	Leito 07	Leito 08	Leito 09	Leito 10
Nome					
Prontuário					