

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Este documento deve ser totalmente preenchido e encaminhado para autorização prévia

BENEFICIÁRIO(A)			
Nº DO CARTÃO UNIMED			
MÉDICO SOLICITANTE		CRM	
EXAME SOLICITADO			
CÓDIGO			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	<hr/> <hr/>		
RESULTADO DE EXAMES COMPLEMENTARES/ PRELIMINARES	<hr/> <hr/>		
INDICAÇÃO	1: Paciente Internado () SIM () NÃO 2: Exame de urgência/emergência () SIM () NÃO 3: Paciente em pós operatório () SIM () NÃO 4: Exame de investigação diagnóstica () SIM () NÃO 5: Estadiamento Oncológico () SIM () NÃO 6: Indicação Clínica: _____ <hr/> <hr/> <hr/>		
Autorizado	() SIM () NÃO		
OBSERVAÇÕES	<hr/> <hr/> <hr/>		
IDENTIFICAÇÃO DATA: ___/___/___	<hr/> MÉDICO ASSISTENTE		
IDENTIFICAÇÃO DATA: ___/___/___	<hr/> AUDITORIA		