HOSPITAL MUNICIPAL
DE SANTARÉM

SUS

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

PREFEITURA DE
SANTARÉM

REGISTRO DE EXAMES RELIZADOS (RAIO-X) **DATA: / /**

Nº	NOME DO PACIENTE	REGI. ANATOMICA	ID	PROC.	MÉDICO	DESP.	18X24	24X30	30X40	35X35	35X43