



### PEDIDO DE EXAME

**PARA:** NOME DO PACIENTE

SOLICITO

RADIOGRAFIA DINAMICA LOMBAR EM FLEXÃO, NEUTRA E EXTENSÃO PARA  
AVALIAÇÃO DE ESPONDILOLISTESE ISTIMICA.

**Irmandade Nossa Senhora das Mercês**

Praça Honorato Alves, 22 – Centro  
39400-103 Montes Claros – MG

fone (38) 32292000

fax (38) 32292416

e-mail [santacasa@santacasa2000.com.br](mailto:santacasa@santacasa2000.com.br)