Códigos envolvidos: AMB **3.14.01.15-5; 3.14.01.28-7;** CBHPM **49.01.056-5; 49.01.073-5**	
Unimed Solicitante:	
Hospital:	
Médico Solicitante:	
Telefone Celular:	E-mail:
Código Tabela AMB ou CBHPM solicitado:	

Identificação do Usuário

Nome:	Cód Carteira:
Idade:	Sexo:

Qual a localização do tumor cerebral? A lesão é cortical ou profunda?
Qual o tamanho e provável tipo histológico do tumor cerebral?
Existe hipertensão intracraniana associada?
Há necessidade de algum material especial? Qual?

Justificativa
Observação: anexar: **laudos da tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética nuclear**