

Data: ___ / ___ / ___ N.º da O.S./Etiqueta:

Exame:.....

Nome:..... Idade:.....

As respostas abaixo são **obrigatórias**, por gentileza preencher os dados com **letra de forma**.

1) DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE PARA ENVIO DO LAUDO

NOME:.....

CRM:..... E-MAIL DO MÉDICO SOLICITANTE:.....

NÚMERO DO TELEFONE:.....

(O não preenchimento do e-mail do médico solicitante no Questionário poderá implicar no atraso da liberação do resultado).

2) INDIQUE A DATA DA COLETA DO MATERIAL: DATA:.....

3) CONFIRMAÇÃO DA ENTREGA DOS EXAMES ANTERIORES:

() ANATOMOPATOLÓGICO

Caso o Sr. (a) tenha entendido claramente as orientações que lhe foram dadas e concorde em realizar este exame, solicitamos que assine e date este impresso e o entregue ao atendente do laboratório, antes da realização do exame.

DECLARAÇÃO

Li as informações acima e declaro que as informações estão corretas.

Nome do paciente:.....

RG:.....

Assinatura:

.....

São Paulo, de de 20.....