



BRASIL
APOIO
MEDICINA DIAGNÓSTICA

REQUISIÇÃO BRASIL APOIO - DEVOLUÇÃO DE MATERIAIS

SOLICITAÇÃO PARA DEVOLUÇÃO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Solicito a devolução do(s) material(is) biológico(s) descrito(s) abaixo, assumindo toda a responsabilidade legal pela guarda e manuseio deste(s).

INFORMAÇÕES DO PACIENTE – Campo obrigatório

Nome: _____

RG: _____ Número da O.S: _____

Data de envio do material para realização do exame: ____ / ____ / ____

Materiais a serem devolvidos:

Motivo da solicitação:

Data da solicitação: ____ / ____ / ____

INFORMAÇÕES DO CLIENTE – Campo obrigatório

Nome do laboratório: _____

Código do Cliente: _____

Responsável pela solicitação: _____

Conselho de classe e número do registro: _____

Telefone para contato: (____) ____ - _____