

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.....