

### Formulário de Solicitação de Exame

**Atenção:** Favor preencher todos os dados corretamente. O não preenchimento dos mesmos deixará o exame pendente por não conformidade.

#### Dados do Paciente:

Nome:

CPF:  (apenas números) Sexo:  Masculino  Feminino

RG:  (apenas números) Idade:  Data Nasc.:  /  /

Endereço:

Nº:  Bairro:  CEP:

E-mail:  Cidade:  UF:

Tel.: (  )  (apenas números) Cel.: (  )  (apenas números)

Nº Bloco:   Particular  Convênio

OBS:

#### Dados do Médico:

Nome:

CRM:  Instituição:

Endereço:

Nº:  Bairro:  CEP:

E-mail:  Cidade:  UF:

OBS:  Tel.: (  )

#### Dados do Pagador (dados para emissão da nota fiscal):

Mesmos do Paciente  Mesmos do Médico  Outro

Nome:

CPF/CNPJ:  Sexo:  Masculino  Feminino Idade:

RG:  (apenas se for pessoa física)

Endereço:

Nº:  Bairro:  CEP:

E-mail:  Cidade:  UF:

Tel.: (  )  (apenas números) Cel.: (  )  (apenas números)

OBS:

**Dados Clínicos Relevantes:**

--

**Material Enviado:**

--

**Tipo de Estudo Solicitado**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Imuno-histoquímica    | <input type="checkbox"/> Imunofluorescência    | <input type="checkbox"/> Anatomopatológico               |
| <input type="checkbox"/> Citopatológico        | <input type="checkbox"/> FISH                  | <input type="checkbox"/> ISH (Hibridização in situ -EBV) |
| <input type="checkbox"/> PCR                   | <input type="checkbox"/> RT-PCR                | <input type="checkbox"/> Revisão de Lâminas              |
| <input type="checkbox"/> Sequenciamento Direto | <input type="checkbox"/> Discriminação Alélica | <input type="checkbox"/> Mammagene                       |

**Motivo do Estudo:**

--

**Envio de Laudo/Resultado**

- |                                  |                                 |  |
|----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Correio | <input type="checkbox"/> E-mail | <input type="checkbox"/> Fax ( <input type="text"/> ) <input type="text"/> |
|----------------------------------|---------------------------------|--|

**Uso Interno / Observação**

--

**Consultoria em Patologia – Unidade Botucatu**

Rua Major Leônidas Cardoso, 739 – Centro  
Botucatu – SP – CEP 18602.010 – Cx. Postal 151  
Tel.: (14) 3112.5900 Fax: (14) 3112.5920

**Consultoria em Patologia – Unidade São Paulo**

Rua Dona Adma Jafet, 74 – Coj. 152 - 15º andar Bela Vista  
São Paulo – SP – CEP 01308.050  
Tel./Fax: (14) 3872.7122