

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 | |

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
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: (11) 3872.7122