

Dados da Paciente

Paciente:		Nasc:	Idade:
E-mail do Paciente:		CPF:	
Cônjuge/Mãe:		Nasc:	Idade:
E-mail do Cônjuge/Mãe:		CPF:	
Endereço:		Nº:	Compl:
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
Fone Residencial: () -		Fone Comercial: () -	
Celular Paciente: () -		Celular Esposo: () -	

Dados da Coleta

Médico(a) Coletou:	Data da Coleta:		
Médico(a) Enviou:	Data do Envio:		
Amostra coletada: [] - Tubo [] - Seringa	Vol. 1º Ser/Tubo ml	Vol. 2º Ser/Tubo ml	Marca:
Indicação do exame: _____			

Dados do(a) Médico(a)

Nome Médico(a):	CRM:		
Nome Clínica:	CNPJ:		
Endereço:	Nº:	Compl.:	
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
Fone Consultório: () -		Fone Residencial: () -	
Celular: () -		Fone Fax: () -	
E-mail Médico(a) / Clínica:			

Solicitação e Envio

Exame: Cariótipo de Sangue Periférico	Enviado via: [] - Correios [] - Sedex [] - Sedex 10 [] - Aéreo
Técnicas específicas:	[] Alta Resolução/Superestiramento [] Pesquisa Sítio Frágil X [] DEB - Teste [] Outros: _____
Observações:	

Informações Complementares

Enviar Resultado para: [] - Paciente [] - Médico que Indicou [] - Médico que Enviou [] - Em Mãos
Nota Fiscal: [] - Paciente [] - Esposo [] - Clínica Reembolso: [] - Sim [] - Não

ANEXAR OBRIGATORIAMENTE O PEDIDO MÉDICO E/OU GUIA AUTORIZADA DO CONVÊNIO