

Cadastro de exames em contingencia

Dados da Paciente

Nome do cliente:	Nasc:	Idade:
E-mail da Paciente:		CPF:
Endereço:		Nº: Compl:
Bairro:	CEP:	Cidade: Estado:
Fone Residencial:	Celular Paciente:	
()	()	

Exame

- COVID
- Monkeypox
- Paineis ZDC (Dengue, Zika e chikungunya)
- Paineis IST ((Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis)
- Infecções Gastrointestinais
- Sexagem fetal
- BCR-ABL
- NGS (Sequenciamento de Nova Geração)
- Cariótipo

Termo de consentimento

Eu, _____, portador (a) do RG _____ e CPF _____, consinto com a realização do exame de _____.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do cliente

