

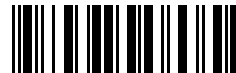
LOGO**Posto de Coleta I**

Endereço: Av. Tiradentes, 57 Maringá - PR

CEP: 87013260

Fone: (44) 3302-4456

Fax: 4433024499

Paciente: **Nome Paciente Labmaster M, 20 A 11 M**

Médico: Médico Labmaster

Convênio: Convênio Teste 2

Local de Atendimento: Posto de Coleta I

Protocolo: **10015485**

DATA DA REQUISIÇÃO: 10/02/2007

Carteirinha: 111111111111

Recepcionista: Usuário do Sistema

**Exames:**

T3 (Triiodotironina)

Colesterol Total

Triglicerídeos

Curva glicêmica (4 dosagens)

Bilirrubinas

Antibiograma

Aslo quantitativo

Exame do Tipo Texto Aberto

**(URGENTE)****Exames:**

Parasitológico de fezes

Triglicerídeos

Curva glicêmica (4 dosagens)

Curva glicêmica (6 dosagens)

Antibiograma

Antibiograma

Cultura para ureaplasma

**Entrega Prevista: 01/08/2016**

Retire seus resultados pela internet (exceto HIV, Beta HCG, Teste de Paternidade e Colpocitológico), usando em nosso site o nro de identificação e a senha abaixo. Por procedimentos internos, alguns de seus exames podem ser terceirizados.

Horário configurado nos parâmetros do Sistema

**Total:** R\$ 23,19 **Pago:** R\$ 19,00 **Valor a Pagar:** R\$ 93,26[www.hotsoft.com.br](http://www.hotsoft.com.br)

Forma de Pagamento: \_\_\_\_\_

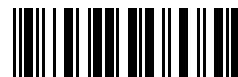
Identificação: **10000704**Senha: **473D378D**LOGO**Posto de Coleta I**

Endereço:

CEP: 87013260

Fone: (44) 3302-4456

Fax: 4433024499

Paciente: **Nome Paciente Labmaster M, 20 A 11 M**

Médico: Médico Labmaster

Convênio: Convênio Teste 2

Local de Atendimento: Posto de Coleta I

Protocolo: **10015485**

DATA DA REQUISIÇÃO: 10/02/2007

Carteirinha: 111111111111

Recepcionista: Usuário do Sistema

**Exames:**

T3 (Triiodotironina)

Colesterol Total

Triglicerídeos

Curva glicêmica (4 dosagens)

Bilirrubinas

Antibiograma

Aslo quantitativo

Exame do Tipo Texto Aberto

**(URGENTE)****Exames:**

Parasitológico de fezes

Triglicerídeos

Curva glicêmica (4 dosagens)

Curva glicêmica (6 dosagens)

Antibiograma

Antibiograma

Cultura para ureaplasma

**Entrega Prevista: 01/08/2016****Confirmando o recebimento dos meus documentos no ato da coleta**\_\_\_\_\_  
Nome Paciente Labmaster**Total:** R\$ 23,19**Pago:** R\$ 19,00**Valor a Pagar:** R\$ 93,26

Forma de Pagamento: \_\_\_\_\_