	HEMOLABES – Laboratório Clínico		
	FORMULÁRIO PARA CADASTRO MANUAL DE PACIENTES	Código: ANX - 018	Documento: PSQ – 002
		Revisão: 3.0	

Nome: _____ **D.Nasc.:** ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Endereço: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____

Tel: () _____ **E-mail :** _____

Convênio: _____ () Titular () Individual

Nº Carteirinha: _____ **Validade:** _____

Médico: _____ **CRM:** _____

Indicação Clínica: _____

Medicamentos: _____

D.U.M.: _____


Urgência: () Sim () Não

Pendência: () Sim () Não

Exames:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Elaboração: Nome: Márcia Emma de Freitas Stefanon Cargo: Gestora da Qualidade Data: 27/07/2021 Visto:	Aprovação e Liberação: Nome: Isabela Neves Carvalho Pires Cargo: Supervisora Técnica Data: 27/07/2021 Visto:
--	---

	HEMOLABES – Laboratório Clínico		
	FORMULÁRIO PARA CADASTRO MANUAL DE PACIENTES	Código: ANX - 018	Documento: PSQ – 002
		Revisão: 3.0	

Via do Cliente

Cliente: _____

Data de Atendimento: ____/____/____

Data de Entrega de Resultado: ____/____/____

Sus: Rua Velho Campos, 642 - Tel: (22) 2762-1015

Matriz: Rua Conde de Araruama, 365 – Tel (22) 2762-5213

Cavaleiros: Av. Nossa Senhora da Glória, 2.403 – Tel (22) 2763-9347

Solar das Clínicas: Rua Visconde de Quissamã, 684 – Tel (22) 2762-0088

Clínica São Lucas: Rua Teixeira de Gouveia, 789 – Tel: (22) 2772-1820

Aeroporto: Av. Tancredo Neves, 537 – Tel: 3051-9474
