

**SHILOH LAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

R. Torrinha, 131 - Tatuapé - São Paulo/SP



(11) 2675-1532



(11) 97391-3314



www.shilohlab.com.br



contato@shilohlab.com.br

CAPA DE PROCESSO DE REEMBOLSO

Atendimento: 0008179

Paciente : ANNA PAULA ALEIXO NOGUEIRA

Endereço: Rua Antônio João dos Santos 580 apto 102 - Fazenda Morumbi

Cidade: São Paulo Bairro:

Cep:

Telefone:

Médico : Isabela Cruz

Convênio : SULAMÉRICA EXATO/CLASSICO

Email:

Data:

Horário da coleta:**Documentação Agendamento:**☐ CNH ou RG☐ Carteira do Convênio☐ Formulário do Convênio**Pedido de médico Original:**☐ Sim☐ Não

Enfermagem: _____

Número de punções: _____

Assinatura: _____

Observação do atendimento:

Pendências:**Quantidade:**

Cortisol Salivar:

☐

Urina tipo I:

☐

Urina 24 horas:

☐**Agendamento:**☐ Conferência**Sistema:**☐ Inclusão Work Lab**Enfermagem:**☐ Coletado☐ Pedido Original**Reembolso:**☐ Inclusão Planilha☐ Formulário do Convênio☐ Conferência de Dados☐ Recebimento de Protocolo

Data: _____

1º Contato Principal (paciente)

Data: _____

1º Contato (convênio)
