

**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: 0008100

Paciente : KATIA SOLANGE MOREIRA AFONSO

Endereço: Rua Maria D^olcia D^ores 380 - Parque Casa de PedraCidade: S^o Paulo Bairro:

Cep:

Telefone:

Medico : DR. CAIO GOES

Convenio : SULAM^oRICA ESP R2

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: _____

1° Contato Principal (paciente)

Data: _____

1° Contato (convênio)
