

**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: 0008044

Paciente : MARCELA FUSCHINI

Endereço: Rua Henrique Casela 50 apt 187 - Jardim América da Penha

Cidade: São Paulo Bairro:

Cep:

Telefone:

Medico : Dr. Francisco Minan de M. Neto

Convenio : Bradesco / TNQ1

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 ProtocoloData: _____
1° Contato Principal (paciente)Data: _____
1° Contato (convênio)
