

**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: 0008641

Paciente : LUANA MACHADO VIEIRA PAIVA MOREIRA

Endereço: Rua Joseph Nigri - gua Branca- 147 apto 72 A

Cidade: São Paulo Bairro:

Cep:

Telefone:

Medico : DR. CAIO GOES

Convenio : AMIL750

Email:

Data:

Horário da coleta:

Documentação Agendamento:

☐ CNH ou RG☐ Carteirinha 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)
