

**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: 0008631

**Paciente : LAILA OLIVEIRA DE SOUZA**

Endereço: Rua Roma - Osvaldo Cruz

Cidade: São Caetano do Sul Bairro:

Cep:

Telefone:

Medico : Dr. Francisco Minan de M. Neto

Convenio : Especial I / Itau Seguros

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)

---

---