

**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: 0008101

Paciente : KATIA SOLANGE MOREIRA AFONSO

Endereço: Rua Maria D<sup>o</sup>lcia D<sup>o</sup>res 380 - Parque Casa de PedraCidade: S<sup>o</sup> Paulo Bairro:

Cep:

Telefone:

Medico : DR. CAIO GOES

Convenio : SULAM<sup>o</sup>RICA 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: \_\_\_\_\_

1° Contato Principal (paciente)

Data: \_\_\_\_\_

1° Contato (convênio)

---

---