

Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Particular

Convênio: \_\_\_\_\_ Plano: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Código Usuário: \_\_\_\_\_ Ass. Paciente: \_\_\_\_\_

Hospital/Clínica: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |   |   |  |                              |
|---|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anatomopatológico    | <input type="checkbox"/> Imuno-histoquímico | <input type="checkbox"/> Captura Híbrida | <input type="checkbox"/> PCR |
| <input type="checkbox"/> Citologia Oncológica | <input type="checkbox"/> Colpocitologia     | DUM: ____/____/____                      |                              |

TOPOGRAFIA e LATERALIDADE (quando aplicável) \_\_\_\_\_

**EXAME URGENTE**

sim  não

DADOS CLÍNICOS: \_\_\_\_\_

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: \_\_\_\_\_

DR(a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo

Enviar Resultado:  E-mail  Hospital/Clínica  Consultório

E-mail: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Autorizo o Laboratório Plínio Santos a realizar os exames acima assinalados

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico (paciente Internado)

Sede:

 Rua Pedro de Toledo, 1050  
Vila Clementino - São Paulo / SP  
CEP 04039-003

Filial:

 Rua Luís Góis, 1945  
Mirandópolis, São Paulo / SP  
CEP 04043-400

 (11)5572-1100

 (11)97659-2248



www.pliniosantos.com.br



recepcao1@pliniosantos.com.br