

## Campo para as informações do cliente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Sexo:  M  F

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## Campo para as informações dos exames

Nome do(a) médico(a) / Profissional da Saúde: \_\_\_\_\_

CRM / Conselho Regional: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Favor assinalar os exames que serão realizados:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ácido Hipúrico                 | <input type="checkbox"/> Glicemia de Jejum       |
| <input type="checkbox"/> Ácido Metil Hipúrico           | <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo - RH    |
| <input type="checkbox"/> Ácido Metil Etil Cetona        | <input type="checkbox"/> Hemograma               |
| <input type="checkbox"/> Chumbo ( ) urinário ( ) sérico | <input type="checkbox"/> Parasitológico de Fezes |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Total               | <input type="checkbox"/> Triglicerídeos          |
| <input type="checkbox"/> Fenol                          | <input type="checkbox"/> Urinálise               |
| <input type="checkbox"/> Gama GT                        |  |

Outros, favor citar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data do Atendimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_

**Balneário Camboriú** Avenida do Estado | 1550 | Pioneiros

**Garuva** Rua Celso Ramos | 1098 | Sala 2D | Centro | Centro Comercial Medeiros

**Itapoá** Avenida Drª Zilda Arns Neumann | 194 | Itapema do Norte

**Joinville** Rua Max Colín | 813 | Centro

**São Francisco do Sul** Avenida Dr. Nereu Ramos | 370 | Centro

## Campo para as informações do menor de idade

( ) Autorizamos este "menor de idade" a realizar o procedimento desta guia. Seguem dados do responsável por este cliente.

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Contato 1: \_\_\_\_\_ Contato 2: \_\_\_\_\_

Nome do Autorizador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Autorizador: \_\_\_\_\_

## Campo para as informações do convênio

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Número do Convênio: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável: \_\_\_\_\_

Carimbo da empresa: \_\_\_\_\_

## Tipo do procedimento

( ) Admissional ( ) Periódico ( ) Demissional ( ) Assistencial

## Forma de pagamento

( ) Faturado ( ) Pagamento no ato do atendimento