

LABORATÓRIO



ANATOMIA  
PATOLÓGICA  
E CITOLOGIA

Dr. Carlos Floriano de Moraes  
CRM-PR 11.366 - (Resp. Técnico)  
RQE: Patologia 5291, Citologia 19.193



USO INTERNO

(\* CAMPO OBRIGATÓRIO).

\*PACIENTE: \_\_\_\_\_

\*D.N: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ GÊNERO: MASCULINO  FEMININO  \*CPF: \_\_\_\_\_

\*NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ N° CELULAR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE/CEP: \_\_\_\_\_ PARTICULAR: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ CARTEIRINHA: \_\_\_\_\_ GUIA: \_\_\_\_\_

OBS: DATA DE RETORNO DO PACIENTE: (OBRIGATÓRIO) \_\_\_\_\_

 ANATOMOPATOLÓGICO - ÓRGÃO/LOCAL: \_\_\_\_\_  
N° de Frascos: \_\_\_\_\_

 PUNÇÃO/BÍOPSIA ASPIRATIVA - LOCAL DA PUNÇÃO/B. ASPIRATIVA: \_\_\_\_\_  
N° de Frascos: \_\_\_\_\_

 CITOLOGIA DE LÍQUIDOS - TIPO DE FLUÍDOS: \_\_\_\_\_  
N° de Frascos: \_\_\_\_\_

 IMUNOHISTOQUÍMICA - N° DO EXAME: \_\_\_\_\_  
PAINEL: \_\_\_\_\_
**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF N° \_\_\_\_\_, declaro para devidos fins que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico acima descrito para o Laboratório A.P.C. Cujas Normas acima li. Situado na Rua Riachuelo, N° 2070, Centro, Cascavel, Paraná, cujo RT é o Dr. Carlos Floriano de Moraes, para a realização dos exames de Anatomia Patológica e Citopatologia por seus prestadores de serviço. Declaro que li as "Normas Gerais sobre os Exames"

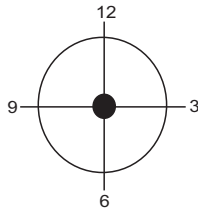
HISTÓRIA CLÍNICA, ANTECEDENTES, TERAPÊUTICA, ACHADOS FÍSICOS, RADIOLÓGICOS, ECOGRÁFICOS, COLPOSCÓPICOS, CIRÚRGICOS, EXAMES LABORATORIAIS E EXAMES ANTERIORES.



e-mail: atendimento@labapc.com.br

site: www.labapc.com.br

Laudos disponíveis na internet



Declaro que informei ao paciente as normas gerais de envio de exame ao laboratório APC  
Carimbo e Assinatura do Médico

HORA DA COLETA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE \_\_\_\_\_