

Responsável Técnico: Dra. Luzete Cristina Silva Granero - CRM 8195 - RQE 2974

DADOS DO PACIENTE:

Paciente: _____ Gênero: _____ Raça: _____

Data Nasc.: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Nome da Mãe: _____

Convênio: _____ Data Biópsia: _____ Hora: _____

Microscopia Ótica Imunofluorescência História Clínica: _____

_____Antecedentes Pessoais: _____
_____Antecedentes Familiares: _____
_____Medicações Em Uso: _____

_____**DADOS LABORATORIAIS:**Proteinúria: Sim Não Dosagem: _____Hematúria: Sim Não Dismorfismo: Presente AusenteCilindrúria: Sim Não

Creatinina: _____ Ureia: _____ Complemento: _____

Outros Marcadores Sorológicos: _____

Médico: _____ CRM: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Eu, paciente qualificado acima, declaro que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico acima descrito para o laboratório Cipac Diagnósticos, no endereço citado neste documento, para realização dos exames solicitados.

Estou ciente de que deverei efetuar o pagamento de serviço prestado não autorizado ou que porventura seja negada a cobertura pelo convênio ou plano de saúde. Autorizo desde já o Cipac Diagnósticos a efetuar a cobrança dos valores referentes a este exame em caráter particular, através de cobrança direta.

Assinatura do paciente ou responsável legal: _____

ANATOMIA PATOLÓGICA | CITOPAGOLOGIA | IMUNOPATOLOGIAAlameda Rio Branco, 981 - Jardim Blumenau - Blumenau, SC - CEP 89010-301
47 3036-5727 - contato@cipac.com.br - cipac.com.br