

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____ Sexo biológico: _____

Nome social: _____ CPF: _____

Data de nascimento: _____ Telefone: _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

EXAMES SOLICITADOS

Favor marcar as opções desejadas entre as abaixo:

- ☐ PCR - HPV de Alto Risco (15 subtipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66 e 68)
- ☐ Citologia Ginecológica
- ☐ Citologia Anal
- ☐ Pannel IST (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Neisseria gonorrhoeae*)

Resumo clínico e hipóteses diagnósticas: _____

Número de frascos: _____ Data da coleta: _____

Convênio: _____ Hora da coleta: _____

Médico requisitante: _____ CRM: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

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

Estou ciente de que deverei efetuar o pagamento de serviços prestados não autorizados 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 _____

Utilize o QR Code
abaixo e navegue
diretamente para
nosso endereço:

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

Rua Itajaí, 790 - Vorstadt,
Blumenau, SC - CEP 89015-200
47 3036-5727 - contato@cipac.com.br