

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RONIE DAVIS FRANCO DA SILVA RG: 2383693

CPF: 429.417.912-91 Sexo: M Nascimento: 07/01/1973 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

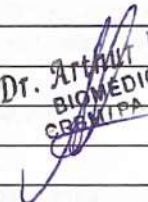
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ROSENEIDE DO CARMO SILVA RG: 2720588

CPF: 55798047253 Sexo: M Nascimento: 01/08/75 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO
Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RUTH ELEN GOMES CAMPOS RG: 7045804

CPF: 030.325.942-44 Sexo: F Nascimento: 05/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SONIA FERRO E SILVA ROBATTO RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 18.04.1981 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: TAINAH TEIXEIRA SA. RG: 5511103

CPF: 873.093.352-87 Sexo: F Nascimento: 14/08/1991 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Negativo
Fareia Habib
CRF 8794

Medicação: _____

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: TAISA RIBEIRO FERNANDES. RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 17/07/80 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

Negativo
Manoel Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: THIAGO CARDOSO ALVES RG: 4748868

CPF: 923.724.062-72 Sexo: M Nascimento: 21/09/1986 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: al

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

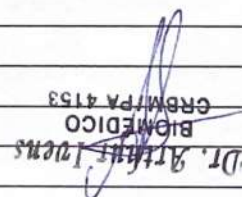
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Lemos
CRM/PA 4153
BIOMÉDICO

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: TAISA RIBEIRO FERNANDES RG: 3573965
CPF: 066.694.452-04 Sexo: F Nascimento: 17/07/1980 Jejum: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____
Convênio: _____/_____ Matrícula: _____ Validade: __/__/__

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREM/PA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: THIAGO COSTA DA SILVA RG: _____
CPF: 885033.252-91 Sexo: M Nascimento: 16/02/1987 Jejum: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____
Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

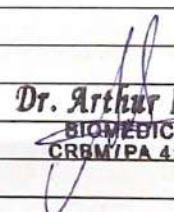
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: TRISHA PALOMA COIMBRA GUIMARAES RG: _____

CPF: 661.940.162-72 Sexo: F Nascimento: 27/06/1978 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Narcia Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: URIEL CLAUDIO SOUSA DIAS RG: 5122669

CPF: 622679382-60 Sexo: M Nascimento: 27/01/92 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

NEGATIVO

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Uriel Claudio Santos Dias RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 27/01/1992 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: VICTOR ROGER DA SILVA LIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 23/02/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: VINÍCIUS AMADOR DE PAIVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 27/10/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Plancina + Glicose
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: LIVILDO DE LIMA FONSECA RG: 1353442

CPF: 29299926204 Sexo: M Nascimento: 01/07/64 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

NEGATIVO


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Exames: COVAS

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: VICTOR ROGER DA SILVA LIMA RG: 3778259

CPF: 81595573291 Sexo: M Nascimento: 23/02/82 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

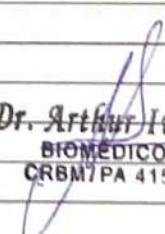
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM7PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: WANDERSON SANTOS DOS SANTOS RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 22.09.1984 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

*Negativo
Hepatite
CRT 8194*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: WANDERSON SANTOS DOS SANTOS RG: 4658511

CPF: 29.866.860-2 Sexo: M Nascimento: 22/09/1984 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: dr

Convênio: _____/____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153



Amaral Costa

MEDICINA DIAGNÓSTICA

Requisição de Exame Manual

Data: __/__/20__

Hora: _____

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ONENO BRITO MORAES. RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 29.06/1975 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: _____

Negativo
Maneirão
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: OSMAR MONTEIRO JORGE JUNIOR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 17/09/1980 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Narcia Habib
clt 8794
Negativo

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PABLO SUMA AVELAR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 20/09/1959 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

_____ Negativo

Medicação: _____

Exames: COUAG-

Marcia Habb
CRF 87924

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PABLO SENA AVELAR RG: 5822364

CPF: 00775673290 Sexo: M Nascimento: 20/09/99 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
(CRBM/PA 4153)

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Paulo Afonso Rodrigues da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 15 05 1962 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

*Ass: [assinatura]
Nº 87110
Mandata Habib
CPF 87110*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PAULO HENRIQUE FRANCO BRAZÃO RG: 7266051

CPF: 019.672.292-60 Sexo: M Nascimento: 26/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: al

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: _____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREMIPA 4155

NEGATIVO

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PAULO HENRIQUE SCHMIDT MUNIZ RG: _____

CPF: 033.501.400-33 Sexo: M Nascimento: 09/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) Negativo

Medicação: _____

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO ENZO ALBUQUERQUE DA SILVA RG: 8857085

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/02/2005 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: ar

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Redo Enzaga Albuquerque da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/02/2005 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Negativo
Marcia Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO FELIPE ALVES RIBEIRO RG: 5631246

CPF: 01517551242 Sexo: M Nascimento: 07/07/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

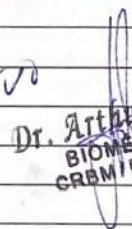
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NGE AM

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: **PEDRO FELIPE ALVES RIBEIRO** RG: _____

CPF: **015.175.512-42** Sexo: _____ Nascimento: **07/07/1993** Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: **COVAC**

Negativo

Marcia Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO GONÇALVES TEIXEIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 20/09/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COUAG

Negativo
Mancha Hapt
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO GONÇALVES TEIXEIRA RG: 4344060

CPF: 462.310.542-68 Sexo: M Nascimento: 20/09/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

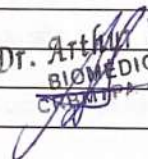
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 1153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO PAULO RODRIGUES DA SILVA RG: 6586733

CPF: 012.049.622-43 Sexo: M Nascimento: 09/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: A

Convênio: _____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

DR. ARTUR LIMA
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO PAULO RODRIGUES DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 09/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____): _____

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Paraneur Flabril
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RAFAELA BASTOS DE ALMEIDA RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 29/12/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAC

*Negativo HIV
Hansen
cef 8794*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RAFAELA BASTOS DE ALMEIDA RG: 5436115

CPF: 543 993.031.402-49 Sexo: F Nascimento: 29/12/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

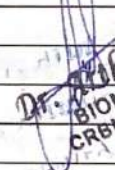
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: GOVAG


Dr. Robert Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4159

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ERIMUNDO NUNES OLIVEIRA ALCANTARA RG: 3403902

CPF: 685 894352 68 Sexo: M Nascimento: 16/09/78 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: REGINALDO MEIRELES DE OLIVEIRA RG: 21265540
CPF: 393978902 Sexo: M Nascimento: 06/12/67 Jejum: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____
Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

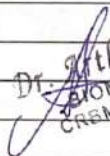
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREMIPA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RODRIGO ANDRADE PEREIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 07/11/1992 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

*Negativo HIV
Hávia HIV
CPF 879211*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RODRIGO ANDRADE PEREIRA RG: _____

CPF: 020.805.262-35 Sexo: M Nascimento: 07/11/92 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

*Dr. APOLINÁRIO FERNES
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RONIE DAVYS FRANCO DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 07/11/1973 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO
Manoia Habi
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SONIA FERRO E SILVA ROBATTO RG: 3776731
CPF: 710 764 762 87 Sexo: F Nascimento: 18/04/1981 Jejum: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____
Convênio: _____ / _____ Matrícula: di Validade: ____/____/____

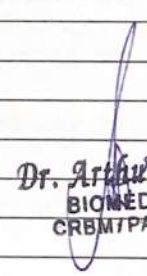
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SERGIO DE NAZARE RODRIGUES LIMA JUNIOR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 13/11/1986 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Marcia Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JOAO CLEBER DE SOUZA DUTRA RG: 1361417

CPF: 247.746.502-34 Sexo: M Nascimento: 17/12/1966 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

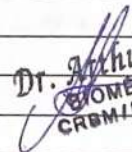
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: João Lucas Uribes Figueiredo RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 19/01/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Negativo
Mônica Flávia
CPF 8774

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JOELMA DA SILVA MENDES RG: 2673576

CPF: 57597782268 Sexo: _____ Nascimento: 22/06/79 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JONH CARLOS SANTOS COSTA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 06/10/1991 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: _____

Negativo
Manoel Habib
CRF 8724

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JOSE EDILSON LIMA DE MELO RG: 2095442

CPF: 467.058.212-72 Sexo: M Nascimento: 29/08/1974 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JOSE LUIS NASCIMENTO DIAS. RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 24/07/1988 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

*Negativo Hb11
Hemácia 8794
CPF*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JOSE MARIA BRAGA CORREA JUNIOR RG: 952

CPF: 208 280 802 59 Sexo: M Nascimento: 30 / 04 / 64 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

NEGATIVO Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM-PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Jose Maria Braga Correa Junior RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 30/01/1984 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____. Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Negativo
Glicemia estável
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ROSEVALDO DE SOUSA PINTO RG: 3412918

CPF: 648.126.502-94 Sexo: M Nascimento: 28/04/1979 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Francisco de Sousa Neto RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 29/04/1978 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: _____/_____/_____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: Coum.

Negativo
Francisca Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Julia Oliveira Simão da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 16/05/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JUREMA NAZARE MENDES DE ARAUJO RG: 1924463

CPF: 319880082-04 Sexo: F Nascimento: 06/05/70 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

NEGATIVO
Dr. Arthur M. V. de S.
BIOMÉDICO
CRM-PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: KNO OLIVEIRA MIRANDA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 21/01/1996 Idem: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAC

Negativo
Narcia Habib
CRF 8774

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: KAIO OLIVEIRA MIRANDA RG: 6058837

CPF: 01951938224 Sexo: M Nascimento: 23/01/96 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOQUÍMICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: KETHERY VICTORIA MONTEIRO DOS SANTOS RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 27.07.2009 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: _____

Negativo
Flávia Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: M. Kelly Gomes da Silva Almeida RG: _____

CPF: _____ Sexo: _____ Nascimento: 10 / 07 / 1988 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COUAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: KLEBER CLEONEL DA SILVA ABREU RG: 4543931

CPF: 99900580249 Sexo: M Nascimento: 30/07/88 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

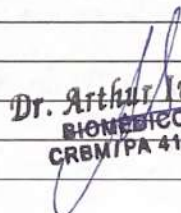
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: KLEBER DE ASSIS ALEONSO PINTO RG: 4167438

CPF: 808 342 722 53 Sexo: M Nascimento: 01/12/84 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: al

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Kleber de Jesus Almeida Lima RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/12/1984 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUG.

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: LANY TAVARES CAVALERO RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 28/12/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) *Negativo* *Ass: Marcia Habib* *CPF 8794*

Medicação: _____

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: LANY TAVARES CAVALERO RG: 3708814

CPF: 746.165.362-87 Sexo: F Nascimento: 28/12/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () dr E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO
Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Clarissa Cristina Carlos da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 06/10/1995 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: Cou AG.

*Negativo
Para HIV
OK 8/11/14*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: LAYSE SINATRA DE MELO ALVES RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 04/06/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: LEONARDO GARRIDO SANTOS RG: 1734463

CPF: 476.657.722-87 Sexo: M Nascimento: 05/09/1975 Jajum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: dv

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: _____/_____/_____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
DIAGNÓSTICO
CRBM/PA-4153



Amaral Costa

MEDICINA DIAGNÓSTICA

Requisição de Exame Manual

Data: __/__/20__

Hora: _____

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ONENO BRITO MORAES. RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 29.06/1975 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: _____

Negativo
Maneirão
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: OSMAR MONTEIRO JORGE JUNIOR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 17/09/1980 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Narcia Habib
clt 8794
Negativo

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PABLO SUMA ARAUJO RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 20/09/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG-

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PABLO SENA AVELAR RG: 5822364

CPF: 00775673290 Sexo: M Nascimento: 20/09/99 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Paulo Afonso Rodrigues da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 15/05/1962 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

*Ass: [assinatura]
Nº 87110
Mandata Habib
CPF 87110*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PAULO HENRIQUE FRANCO BRAZÃO RG: 7266051

CPF: 019.672.292-60 Sexo: M Nascimento: 26/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: al

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: _____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREMIPA 4155
[Assinatura]

NEGATIVO

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PAULO HENRIQUE SCHMIDT MUNIZ RG: _____

CPF: 033.501.400-33 Sexo: M Nascimento: 09/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) Negativo

Medicação: _____ Paracetamol

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO ENZO ALBUQUERQUE DA SILVA RG: 8857085

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/02/2005 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: ar

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Redo Enzaga Albuquerque da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/02/2005 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO FELIPE ALVES RIBEIRO RG: 5631246

CPF: 01517551242 Sexo: M Nascimento: 07/07/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

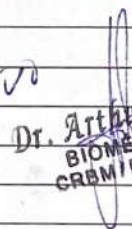
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NGE AM

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: **PEDRO FELIPE ALVES RIBEIRO** RG: _____

CPF: **015.175.512-42** Sexo: _____ Nascimento: **07/07/1993** Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: **COVAC**

Negativo

Marcia Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO GONÇALVES TEIXEIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 20/09/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COUAG

Negativo
Mancha Habbis
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO GONÇALVES TEIXEIRA RG: 4344060

CPF: 462.310.542-68 Sexo: M Nascimento: 20/09/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

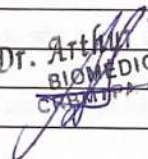
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 1153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO PAULO RODRIGUES DA SILVA RG: 6586733

CPF: 012.049.622-43 Sexo: M Nascimento: 09/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: A

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

DR. ARTUR LIMA
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO PAULO RODRIGUES DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 09/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____):

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Paracetamol
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RAFAELA BASTOS DE ALMEIDA RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 29/12/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAC

Negativo HIV
Hansen
cef 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RAFAELA BASTOS DE ALMEIDA RG: 5436115

CPF: 543 993.031.402-49 Sexo: F Nascimento: 29/12/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

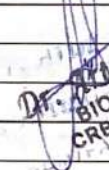
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: Negativo

Exames: GOVAG


Dr. Robert Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4159

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ERIMUNDO NUNES OLIVEIRA ALCANTARA RG: 3403902

CPF: 685 894352 68 Sexo: M Nascimento: 16/09/78 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

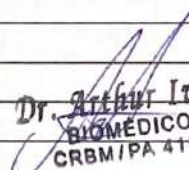
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COUAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: REGINALDO MEIRELES DE OLIVEIRA RG: 21266540

CPF: 393978902 Sexo: M Nascimento: 06/12/67 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

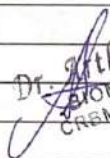
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREMIPA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RODRIGO ANDRADE PEREIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 07/11/1992 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

*Negativo HIV
Hávia HIV
CPF 87921*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RODRIGO ANDRADE PEREIRA RG: _____

CPF: 020.805.262-35 Sexo: M Nascimento: 07/11/92 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) 02 E-mail: _____

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: _____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

Dr. APOLINÁRIO FERNES
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RONIE DAVYS FRANCO DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 07/11/1973 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO
Manoia Habi
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SONIA FERRO e SILVA ROBATTO RG: 3776731
CPF: 710 764 762 87 Sexo: F Nascimento: 18/04/1981 Jejum: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____
Convênio: _____ / _____ Matrícula: di Validade: ____/____/____

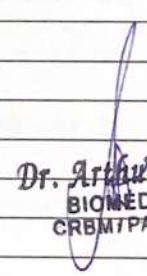
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SERGIO DE NAZARE RODRIGUES LIMA JUNIOR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 13/11/1986 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Marcia Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Gabriel Santa Gargalun RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 21/12/1995 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

Negativo
Narcia Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: GABRIEL SANTOS GONCALVES RG: 7107259

CPF: 022 793 322 21 Sexo: M Nascimento: 21/12/1995 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/____ Peso: _____ Altura: _____) di

Medicação: NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: GILBERTO DALDEGAN TRINDADE LIMA RG: 6827840

CPF: 25952609287 Sexo: M Nascimento: 17/06/67 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

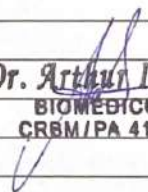
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Inês
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Gleice Pacheco de Costa e Souza RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 13 / 10 / 1983 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: HEITOR COSTA RODRIGUES RG: 4328753

CPF: 839.833.412-68 Sexo: M Nascimento: 17/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: _____/_____/_____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

NEGATIVO

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: HELOIZE RODRIGUES PERES RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 04/11/1997 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Paula Hobbs
CRF 8754

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: IGOR LOPES NERI RG: 204262420880

CPF: 72218363291 Sexo: M Nascimento: 08/12/82 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____ *ok*

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____ *NEGATIVO*

Dr. Arthur Ivens
CRBMIPA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JOHN SHIN HACHI YADORA RG: 65047239

CPF: 213.787.508-02 Sexo: M Nascimento: 25/11/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Exames: COUAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ADRIEL BRITO DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 15/10/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Narcia Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ADONAY SILVA DE JESUS RG: 6135246

CPF: 00604229208 Sexo: M Nascimento: 24/08/89 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Negativo

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ADONAY SILVA DE JESUS RG: 6135246

CPF: 006.042.292-08 Sexo: M Nascimento: 24/08/89 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

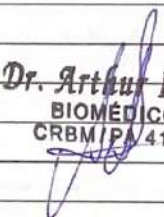
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Negativo


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Adonay Silva de Jesus RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 24/08/1969 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COAG.

Negativo
Haneir Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ADELBERT RODRIGUES DE SANTANA CARNEIRO RG: 1833136

CPF: 44089619220 Sexo: M Nascimento: 02/03/72 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COV AG

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ADELBERT RODRIGUES DE SANTANA CARNEIRO RG: 10

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 08/03/1972 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: _____

Negativo
Marcelia Flávia
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ABUD CARIM DOS SANTOS MDKDCI RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 22/02/1966 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

Negativo
Nancia Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JOOR JOSE CAPELA DAVID RG: 3451428

CPF: 720.137.962-34 Sexo: M Nascimento: 04/12/1981 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: João José Capela David RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/12/1991 Jejum: _____

Endereço: _____ (PR. VERDE)

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Negativo
Mariana Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: IVAM OLIVEIRA HENRIQUES RG: 5231567

CPF: 02644758268 Sexo: M Nascimento: 22/10/82 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

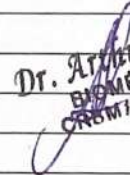
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 7194 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: IVAM OLIVEIRA HENRIQUES RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 22/10/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COUAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JESSICA DA SILVA MACEDO. RG: 5471335
CPF: 008.515.96227 Sexo: F Nascimento: 09/11/1990 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: W

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAC

Negativo

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/MTA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Jerison Leite de Carvalho RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 19/06/1983 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

*negativo
Hb 12
Hemat
clt 8794*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: JOAO BOSCO GOMES MACIEL RG: 3303019

CPF: 714.358.912-87 Sexo: M Nascimento: 10/07/1976 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

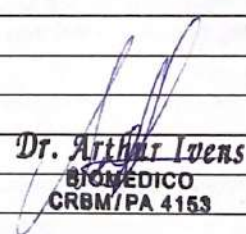
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: Negativo

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SOAO BOSCO GOMES MACIEL RG: _____

CPF: _____ Sexo: _____ Nascimento: 10/09/1976 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

Negativo
Nancin Habib
CRF 8774

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SOAO CLEBER DE SOUZA LUTRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 17/12/1966 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG



Amaral Costa

MEDICINA DIAGNÓSTICA

Requisição de Exame Manual

Data: __/__/20__

Hora: _____

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ONENO BRITO MORAES. RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 29.06/1975 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: _____

Negativo
Mancini
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: OSMAR MONTEIRO JORGE JUNIOR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 17/09/1980 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Narcia Habib
clt 8794
Negativo

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PABLO SUMA AULAN RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 20/09/1959 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

_____ Negativo

Medicação: _____

Exames: COUAG-

Marcia Habb
CRF 87924

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PABLO SENA AVELAR RG: 5822364

CPF: 00775673290 Sexo: M Nascimento: 20/09/99 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Paulo Afonso Rodrigues da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 15 05 1962 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

*Ass: [assinatura]
Nº 87110
Mandatahabib
CPF 87110*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PAULO HENRIQUE FRANCO BRAZÃO RG: 7266051

CPF: 019.672.292-60 Sexo: M Nascimento: 26/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: al

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: _____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREMIPA 4155

NEGATIVO

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PAULO HENRIQUE SCHMIDT MUNIZ RG: _____

CPF: 033.501.400-33 Sexo: M Nascimento: 09/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) Negativo

Medicação: _____

Exames: COVAS

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO ENZO ALBUQUERQUE DA SILVA RG: 8857085

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/02/2005 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: ar

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Redo Enzaga Albuquerque da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/02/2005 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Negativo
Marcia Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO FELIPE ALVES RIBEIRO RG: 5631246

CPF: 01517551242 Sexo: M Nascimento: 07/07/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

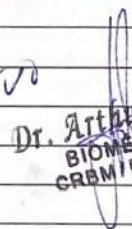
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NGE AM

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO FELIPE ALVES RIBEIRO RG: _____

CPF: 015.175.512-42 Sexo: _____ Nascimento: 07/07/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAC

Negativo

Marcia Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO GONÇALVES TEIXEIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 20/09/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COUAG

Negativo
Mancha Habbis
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO GONÇALVES TEIXEIRA RG: 4344060

CPF: 462.310.542-68 Sexo: M Nascimento: 20/09/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

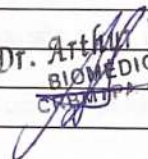
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 1153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO PAULO RODRIGUES DA SILVA RG: 6586733

CPF: 012.049.622-43 Sexo: M Nascimento: 09/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: A

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: _____/_____/_____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

DR. ARTUR LIMA
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO PAULO RODRIGUES DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 09/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____):

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Paracetamol
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RAFAELA BASTOS DE ALMEIDA RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 29/12/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAC

Negativo HIV
Hansen
cef 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RATIELA BASTOS DE ALMEIDA RG: 5436115

CPF: 543 993.031.402-49 Sexo: F Nascimento: 29/12/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

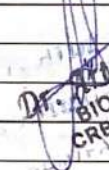
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: Negativo

Exames: GOVAG


Dr. Robert Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4159

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ERIMUNDO NUNES OLIVEIRA ALCANTARA RG: 3403902

CPF: 685 894352 68 Sexo: M Nascimento: 16/09/78 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

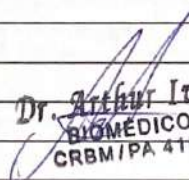
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: REGINALDO MEIRELES DE OLIVEIRA RG: 21266540
CPF: 393978902 Sexo: M Nascimento: 06/12/67 Jejum: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____
Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

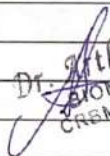
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREMIPA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RODRIGO ANDRADE PEREIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 07/11/1992 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

*Negativo HIV
Hávia HIV
CPF 879211*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RODRIGO ANDRADE PEREIRA RG: _____

CPF: 020.805.262-35 Sexo: M Nascimento: 07/11/92 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

Dr. APOLINÁRIO FERNES
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RONIE DAVYS FRANCO DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 07/11/1973 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO
Mancia 140/90
CRF 8754

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SONIA FERRO e SILVA ROBATTO RG: 3776731
CPF: 710 764 762 87 Sexo: F Nascimento: 18/04/1981 Jejum: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____
Convênio: _____ / _____ Matrícula: di Validade: ____/____/____

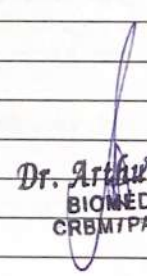
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SERGIO DE NAZARE RODRIGUES LIMA JUNIOR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 13/11/1986 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Marcia Habib
CRF 8794



Amaral Costa

MEDICINA DIAGNÓSTICA

Requisição de Exame Manual

Data: __/__/20__

Hora: _____

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ONENO BRITO MORAES. RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 29.06/1975 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: _____

Negativo
Maneirão
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: OSMAR MONTEIRO JORGE JUNIOR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 17/09/1980 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Narcia Habib
clt 8794
Negativo

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PABLO SUMA AVELAR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 20/09/1959 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG-

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PABLO SENA AVELAR RG: 5822364

CPF: 00775673290 Sexo: M Nascimento: 20/09/99 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

NEGATIVO

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Paulo Afonso Rodrigues da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 15 05 1962 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

*Ass: [assinatura]
Nº 87110
Mandatahabib
CPF 87110*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PAULO HENRIQUE FRANCO BRAZÃO RG: 7266051

CPF: 019.672.292-60 Sexo: M Nascimento: 26/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: al

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREMIPA 4155

NEGATIVO

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PAULO HENRIQUE SCHMIDT MUNIZ RG: _____

CPF: 033.501.400-33 Sexo: M Nascimento: 09/03/1996 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) Negativo

Medicação: _____

Exames: COVAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO ENZO ALBUQUERQUE DA SILVA RG: 8857085

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/02/2005 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: ar

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: Redo Enzaga Albuquerque da Silva RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 01/02/2005 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG.

Negativo
Marcia Habib
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO FELIPE ALVES RIBEIRO RG: 5631246

CPF: 01517551242 Sexo: M Nascimento: 07/07/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

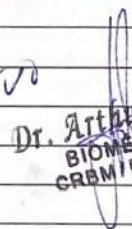
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NGE AMIA

Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO FELIPE ALVES RIBEIRO RG: _____

CPF: 015.175.512-42 Sexo: _____ Nascimento: 07/07/1993 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAC

Negativo

Marcia Habib
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO GONÇALVES TEIXEIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 20/09/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____) _____

Medicação: _____

Exames: COUAG

Negativo
Mancha Hb 115
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO GONÇALVES TEIXEIRA RG: 4344060

CPF: 462.310.542-68 Sexo: M Nascimento: 20/09/1982 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/_____/_____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

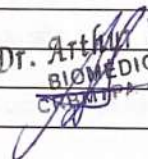
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM 1153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO PAULO RODRIGUES DA SILVA RG: 6586733

CPF: 012.049.622-43 Sexo: M Nascimento: 09/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: A

Convênio: _____/_____ Matrícula: _____ Validade: _____/_____/_____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

DR. ARTUR LIMA
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: PEDRO PAULO RODRIGUES DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 09/04/1985 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____/____/____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____): _____

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Paraneur Flabril
CRF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RAFAELA BASTOS DE ALMEIDA RG: _____

CPF: _____ Sexo: F Nascimento: 29/12/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAC

Negativo HIV
Hansen
cef 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RAFAELA BASTOS DE ALMEIDA RG: 5436115

CPF: 543 993.031.402-49 Sexo: F Nascimento: 29/12/1989 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

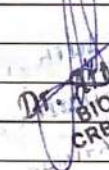
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: Negativo

Exames: GOVAG


Dr. Robert Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4159

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: ERIMUNDO NUNES OLIVEIRA ALCANTARA RG: 3403902

CPF: 685 894352 68 Sexo: M Nascimento: 16/09/78 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COUAG

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: REGINALDO MEIRELES DE OLIVEIRA RG: 21266540

CPF: 393978902 Sexo: M Nascimento: 06/12/67 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

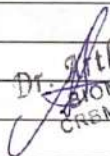
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: NEGATIVO

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CREMIPA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RODRIGO ANDRADE PEREIRA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 07/11/1992 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

*Negativo HIV
Hávia HIV
CPF 87921*

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RODRIGO ANDRADE PEREIRA RG: _____

CPF: 020.805.262-35 Sexo: M Nascimento: 07/11/92 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: (____) _____ Cel.: (____) _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matricula: _____ Validade: _____ / _____ / _____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: __/__/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. __/__/__ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO

Dr. APOLINIO FERNES
BIOMÉDICO
CRBM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: RONIE DAVYS FRANCO DA SILVA RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 07/11/1973 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

NEGATIVO
Manoia Habi
CPF 8794

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____
Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não
Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar
Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SONIA FERRO E SILVA ROBATTO RG: 3776731
CPF: 710 764 762 87 Sexo: F Nascimento: 18/04/1981 Jejum: _____
Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____
Convênio: _____ / _____ Matrícula: di Validade: ____/____/____

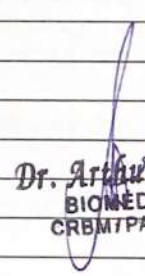
Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____ Ass: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG


Dr. Arthur Ivens
BIOMÉDICO
CRM/PA 4153

Coletador: _____ Localizador: _____ Chave: _____

Nº do Cliente: _____ Atendente: _____ Exame urgente: ☐ Sim ☐ Não

Coleta paga: ☐ Sim ☐ Não R\$ _____ Valor do Pedido: R\$ _____ à confirmar

Pago: R\$ _____ Forma de pagamento: ☐ Cheque ☐ Cartão de Crédito ☐ Dinheiro

Nome: SERGIO DE NAZARE RODRIGUES LIMA JUNIOR RG: _____

CPF: _____ Sexo: M Nascimento: 13/11/1986 Jejum: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Tel.: () _____ Cel.: () _____ E-mail: _____

Convênio: _____ / _____ Matrícula: _____ Validade: ____/____/____

Declaro que os exames cadastrados sem requisição médica estão corretos e serão realizados com minha autorização:

Data prevista para a entrega do resultado: ____/____/20__ Hora: _____

Comentários (D.U.M. ____/____/____ Peso: _____ Altura: _____)

Medicação: _____

Exames: COVAG

Negativo
Marcia Habib
CRF 8794