



## FORMULÁRIO PARA ENVIO DE MATERIAL PARA ANÁLISE

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL SE MENOR: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE/UF: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

EXAME A SER ANALISADO: \_\_\_\_\_

### DADOS DA CLÍNICA/LABORATÓRIO:

Clínica / Laboratório: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Observações Gerais: \_\_\_\_\_

**Laboratório Amplicon Ltda**

(51) 33251505 / (51) 33373378

[atendimento@amplicon.com.br](mailto:atendimento@amplicon.com.br)

Envios de segunda à quinta-feira

08:00 às 17:00 horas