DAP
DIAGNÓSTICOS EM ANATOMIA PATOLÓGICA
CRM-PR/PJ 7040

DRA. ÂNGELA NAVARRO GORDAN
Responsável Técnica
CRM-PR 22165 / RQE 13592

DR. GEORGE CÂMARA LOPES
CRM-PR 32957 / RQE 18499

SOLICITAÇÃO DE EXAME - GASTROENTEROLOGIA

Nome social: _____

Nome civil: _____

CPF: _____ **Sexo biológico: Mas.** ☐ **Fem.** ☐

Nome da mãe: _____ **Cel.:** _____

E-mail: _____ **Nascimento:** ____/____/____

Carteirinha: _____ **Convênio:** _____

Qt frascos: _____ **Prontuário:** _____

Data da coleta: ____/____/____ **Hora da coleta:** ____:____

☐ Anatomo Patológico ☐ Revisão de Lâmina

☐ Imuno Histoquímica

Assinatura e carimbo do médico solicitante:

Dados clínicos: _____

Tipo de procedimento: ☐ Endoscopia ☐ Colonoscopia

SOLICITAÇÃO PARA PEÇA CIRÚRGICA

Dados clínicos: _____

Tratamento prévio: _____

☐ Gástrica ☐ Intestinal ☐ Hepática ☐ Esofágica ☐ Outros _____
(Especificar)