



LABORATÓRIO COSTA ROSA

PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA

Dr. Joaquim Costa Rosa

Médico Patologista e Citopatologista/Responsável Técnico
CRM-MS 4780 / N° de Reg. De Especialidade 2693

Rua Riachuelo, nº 238 - Com.: (67) 3461-5345 - (67) 3561-5476

Centro - CEP 79.950-000 - Naviraí/MS Cel.: 99205-6763

www.laboratoriocostarosa.com.br / e-mail: laboratoriocostarosa@uol.com.br

REQUISIÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAME

ANATOMO PATOLÓGICO: ☐ Biópsia ☐ Peça Cirúrgica Simples ☐ Peça Complexa

CITOPATOLÓGICO: ☐ Líquor / LCR ☐ Descarga mamilar ☐ D ☐ E ☐ Líquido pericárdico
☐ Linfa ☐ Escovado brônquico ☐ Líquido ascítico ☐ Urina
☐ "Imprint" ☐ Lavado brônquico ☐ Líquido sinovial ☐ Líquido pleural

ESPAÇO PARA ETIQUETA
DO LABORATÓRIO

Médico/Unidade Solicitante: _____

Categoria do Paciente: ☐ Particular ☐ Nome do Convênio: _____

N.º do Convênio: _____

DADOS DO PACIENTE:

NOME DO PACIENTE (A) CIVIL:

Nome Social (quando aplicável:)

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo Biológico: M () F () Gênero

Identidade N.º: _____ CPF: _____ N.º Prontuário: _____

Endereço: _____ N.º: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Fone: _____

Cor/Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Asiática

Nome da Mãe: _____

DADOS CLÍNICOS/HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

MATERIAL A EXAMINAR:

LOCAL DO CORPO QUE FOI RETIRADO O MATERIAL:

EXAMES SOLICITADOS:

DATA DA RETIRADA/COLETA:

/ /

HORA DO INÍCIO DA FIXAÇÃO:

QUANTIDADE DE FRASCOS ENVIADOS:

MÉDICO REQUISITANTE:

DDD/FONE DE CONTATO DO MÉDICO:

Carimbo - CRM e Assinatura do Médico

ESPAÇO RESERVADO PARA ANOTAÇÕES DO LABORATÓRIO:

Data de Recebimento pelo Laboratório:

Data de Cadastro no Laboratório:

Código de Categoria:

Código de Procedência: