

	HEMOCENTRO RP	REV.: 02
	SOLICITAÇÃO DE EXAMES	P. 1/1

Serviço Conveniado: _____

Entidade Jurídica: _____

Nome do exame sorológico que será realizado: _____

Etiqueta (código de barras)

Informações referentes ao doador de sangue

Nome do Doador: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Raça: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Tipo e Número do Documento: _____

Nome Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Cidade/ Estado: _____ CEP: _____

Profissão: _____

Endereço Profissional: _____

Nível de escolaridade: _____

Estado Civil: _____ Data da coleta: _____

Assinatura do Responsável: _____

Recebimento - Laboratório de Sorologia do Hemocentro

Data: _____ Horário: _____ Funcionário: _____

Condições de Armazenamento/Transporte: () Correta () Incorreta

Obs.: _____

Cadastro no Hemocentro

Pessoa Física: _____
