

9

Data de entrega do Resultado de de HORÁRIO: das às hs.	<u>Unidade Mista de Saúde de Capela do Alto - Coleta de Material</u>
	Nome do Paciente..... Data de Nascimento..... / / Matrícula nº..... Data da Coleta do Material..... de de Exames Pedidos..... Médico..... Observações..... Assinatura do Funcionário.....
Quando vier procurar o resultado do seu exame, queira trazer este papel; ele é importante para a localização de seu exame.	