

AO SERVIÇO DE PATOLOGIA

Solicito a realização do exame abaixo demarcado da paciente Sr^o(a):

Número de prontuário: _____ para realização do exame.

 IMUNOHISTOQUÍMICO / FISH
--

Rio de Janeiro, ____/____/____

Carimbo Médico

Endereço:

Rua Magé - nº 326 - Penha Circular - CEP - 21020-130 - Tel.: 2136-9696 - Rio de Janeiro/RJ