



INSTITUTO MOACYR JUNQUEIRA

Anatomia Patológica - Citopatologia - Imunohistoquímica

ANISIO NUNES
CRM 4346

MAURICIO BUZELIN NUNES
CRM 26645 - RT

CRISTIANA BUZELIN NUNES
CRM 27587

ANNA CHRISTINA L. M. M. RIBEIRO
CRM 33205

Nº do EXAME

PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE INCENTIVO AO CONTROLE DE QUALIDADE (PICQ-MM-SBP)

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME DO PACIENTE (completo e legível)

DATA NASCIMENTO/IDADE

SEXO

TELEFONE

NOME DA MÃE

DOC. IDENTIFICAÇÃO (RG - CPF)

PROCEDÊNCIA (CLINICA, CONSULTÓRIO, HOSPITAL)

PARTICULAR

CONVÊNIO (Especificar)

NÚMERO DA CARTEIRA (CONVÊNIO) - CNS (SUS)

SENHA DE AUTORIZAÇÃO

PARA ENVIO DO MATERIAL, FAVOR PREENCHER O TERMO DE CONSENTIMENTO NO VERSO

COLPOCITOLOGIA

LOCAL VAGINAL CANAL ECTOCERVICAL

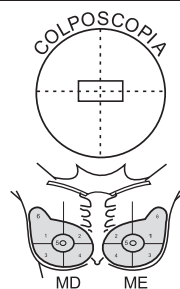
MÉTODO CONVENCIONAL BASE LÍQUIDA

ESTUDO ONCOTICO E MICROFLORA HORMONAL

NÚMERO DE LÂMINA(S) FRASCO N°

DUM _____ CICLO _____ ULT. PARTO _____

SCHILLER _____ USO DE DIU _____ USO HORMÔNIO _____



ANATOMO-PATOLÓGICO / CITOLOGIA DE LÍQUIDOS E PUNÇÃO ASPIRATIVA (PAAF)

NATUREZA E SEDE DO MATERIAL

FRASCO(S) N°

INFORMES CLÍNICOS (indispensável para interpretação)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PROVÁVEL

LOCAL E DATA

HORÁRIO DA COLETA

HORÁRIO DE IMERSÃO NO FORMOL

MÉDICO (CARIMBO E ASSINATURA)

TELEFONE DE CONTATO

Horário de funcionamento: Segunda a Sexta - 08:00 às 18:00 h e Sábado: 08:00 às 12:00 h.

Para retirada do resultado é obrigatória a apresentação do protocolo ou documento do paciente com foto. Em virtude da natureza dos procedimentos, o laboratório se reserva o direito de alterar a data de entrega caso necessário.

REVISÃO DE LÂMINAS / IMUNOHISTOQUIMICA

- Painel IHQ diagnóstico de histogenese Painel Coloretal (MSI, HER2)
 Painel IHQ sítio primitivo de neoplasia Painel Endométrio (MSI, P53)
 Painel Mama (RE, RP, HER2, KI67) MSI (MSH2, MSH6, MLH1, PMS2)
- Revisão de Lâminas: _____
- Outros: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____,

Identidade/CPF _____.

Autorizo o envio do material, por indicação do médico assistente, para análise do laboratório Instituto Moacyr Junqueira, situado na Rua Ceará, 567 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG - Tel.: 31 3226-8917. Responsável Técnico: Dr. Mauricio Buzelin Nunes CRMMG - 26.645.

O transporte será realizado de acordo com as normas vigentes da RDC e resolução CFM 2.169/2017.

Estou ciente que o referido Laboratório terá acesso a dados pessoais e a dados sensíveis, e que os mesmos serão tratados e armazenados, com o objetivo de identificação, diagnóstico médico e faturamento.

Autorizo o envio da senha para acesso ao resultado no site do laboratório.

Para acessar o resultado do exame ou obter maiores informações acesse o site: www.imj.com.br

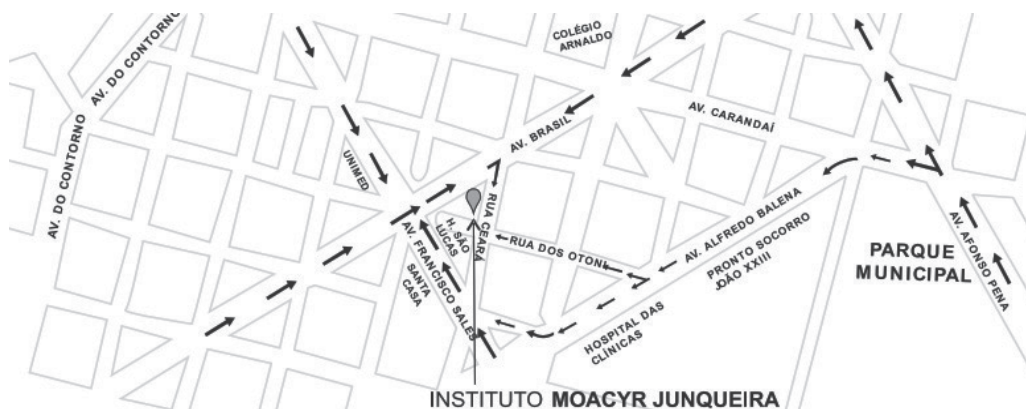
E-mail: _____

Ass. Paciente ou Responsável: _____ Data: ___/___/___

CANAIS DE COMUNICAÇÃO / MAPA DE LOCALIZAÇÃO

Fale conosco através do telefone (31) 3226-8917, WhatsApp (31) 98979-9052 ou através dos e-mails.

E-mail: contato@imj.com.br - apoio ao cliente, orçamentos e relacionamento com parceiros
qualidade@imj.com.br - documentos, relação com o cliente (reclamações sugestões)
laudos@im.com.br - liberação de exames, contato com médico e pacientes



Rua Ceará 567, 2º andar - Santa Efigênia - BH / MG - CEP 30.150-310