



Prefeitura Municipal de  
**VENTANIA**  
ESTADO DO PARANÁ

508.

Secretaria Municipal de Saúde  
Requisição de Exames Laboratorial

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

BIOQUÍMICA	HEMATOLOGIA	HORMÔNIOS	IMUNOLOGIA
<input type="checkbox"/> Glicose	<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> BHCG	<input type="checkbox"/> HIV-Sorologia
<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> VHS	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> Creatina	<input type="checkbox"/> Coagulograma	<input type="checkbox"/> Tiroxina Livre (T3)	<input type="checkbox"/> FTA-Abs
<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> TAP	<input type="checkbox"/> Tiroxina Livre (T4)	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG
<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> Antibiograma	<input type="checkbox"/> Prolactina	<input type="checkbox"/> Teste de Aidez Toxoplasmose
<input type="checkbox"/> Ácido Úrico	<input type="checkbox"/> Bilirrubina Total e Frações	<input type="checkbox"/> Testosterona	
<input type="checkbox"/> Albumina	<input type="checkbox"/> Grupo Sang. ABO/RH		
<input type="checkbox"/> Lipase			
<input type="checkbox"/> Hemog. Gicada	MARCADORES TUMORAIS	URINALISE	FEZES
<input type="checkbox"/> Troponina	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> Parcial de Urina	<input type="checkbox"/> Parasitológico de Fezes
<input type="checkbox"/> CPK	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> Cultura de Urina	<input type="checkbox"/> Sangue Oculto nas Fezes
<input type="checkbox"/> CPK-MB		<input type="checkbox"/> Urina 24 horas	<input type="checkbox"/> Coprológico/Bact.
<input type="checkbox"/> Protina C Reativa	BACILOSCOPIA		
<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> Baciloscopia de Escarro		
<input type="checkbox"/> Potássio	<input type="checkbox"/> Baciloscopia de Hansen		
<input type="checkbox"/> Peptídeo C			
<input type="checkbox"/> Colesterol Tot./Fraq.			
<input type="checkbox"/> Triglicerídeos			

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data do Exame  
Data do Exame

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Liberado em:

\_\_\_\_\_  
Responsável

\_\_\_\_\_  
Médico Enfermeiro