



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde



FORMULÁRIO PADRÃO DE REMESSA DAS LÂMINAS DE CP COLO DO ÚTERO AO LABORATÓRIO

US: _____ CNES da US: _____ CS: _____

LABORATÓRIO: _____

Nº da Lâmina	Nome da Usuária	Data da Coleta	Nº do protocolo da requisição gerado pelo SISCAN
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			
11)			
12)			
13)			
14)			
15)			

Enviado por: Nome: _____ Assinatura: _____ Data: __/__/__

Recebido por: Nome: _____ Assinatura: _____ Data: __/__/__