ANEXO I

MODELO DE PEDIDO DE EXAME LABORATORIAL

Nome: [nome completo]

Solicito:

Teste rápido (detecção de IgM e IgG) para SARS-CoV-2 (covid-19).

[Assinatura do médico requisitante]
[Carimbo funcional]

Nome completo do médico requisitante
Número do CRM

Av. Marechal Câmara, 350/ 4º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ - Brasil
CEP: 20020-080 - Telefone: (21) 2550-9096
E-mail: nucleosaude@mprj.mp.br