

Informações do Paciente (obrigatório)

Nome Completo			
Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)		Sexo <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino	
Endereço		Cidade	Estado
RG	CPF		
E-mail	Fone		
Medicamentos em uso			

Informações do Responsável (Se paciente menor de 18 anos)

Nome Completo		<input type="radio"/> Pai	<input type="radio"/> Mãe	<input type="radio"/> Outro
RG	CPF			

Informação da Amostra (Obrigatório)

Data de Coleta (DD/MM/AAAA)	Tipo de amostra <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> saliva <input type="checkbox"/> DNA purificado <input type="checkbox"/> medula			
Responsável pela Coleta	Local de Coleta			

Informações adicionais

Informações adicionais

Médico Solicitante (Obrigatório)

Nome Completo		Instituição	
E-mail para envio do laudo		CRM	Estado