

## CADASTRO PARA PRÉ-CREDENCIAMENTO VITALSEG

### DADOS DA EMPRESA

CNPJ:

RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO:

Nº

BAIRRO:

CIDADE/ESTADO:

TELEFONE:

E-MAIL:

### LISTA DE EXAMES

<input type="checkbox"/> 2,5-hexanodiona urinária	<input type="checkbox"/> Coprológico Funcional
<input type="checkbox"/> Acetona	<input type="checkbox"/> Creatinina (0456)
<input type="checkbox"/> Acetilcolinesterase eritrocitária (0068)	<input type="checkbox"/> cromo sangue
<input type="checkbox"/> Acetilcolinesterase plasmática	<input type="checkbox"/> Cromo urinário
<input type="checkbox"/> Ácido delta aminolevulinico (0095)	<input type="checkbox"/> Eletrocardiograma
<input type="checkbox"/> Ácido Hipúrico – Pré jornada	<input type="checkbox"/> Eletroencefalograma
<input type="checkbox"/> Ácido Hipúrico – Pós Jornada	<input type="checkbox"/> Espirometria
<input type="checkbox"/> Ácido Mandélico – Urinário	<input type="checkbox"/> Estanho
<input type="checkbox"/> Ácido Mandélico – Urinário Pré	<input type="checkbox"/> Etanol Urinário
<input type="checkbox"/> Ácido Metil Hipúrico – Pré jornada	<input type="checkbox"/> Fator RH
<input type="checkbox"/> Ácido Metil Hipúrico – Pós jornada	<input type="checkbox"/> Fosfatase
<input type="checkbox"/> Ácido Trans Trans Mucônico – Pré	<input type="checkbox"/> Gama-glutamil transferase
<input type="checkbox"/> Ácido Trans Trans Mucônico – Pós	<input type="checkbox"/> Glicose
<input type="checkbox"/> Acido Urico	<input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo
<input type="checkbox"/> Anti HBSAg	<input type="checkbox"/> Hemoglobina
<input type="checkbox"/> Audiometria	<input type="checkbox"/> Hemograma
<input type="checkbox"/> Avaliação Clínica (Anamnese e Exame físico)	<input type="checkbox"/> Hepatite B – Todos os tipos
<input type="checkbox"/> Avaliação de acuidade visual	<input type="checkbox"/> Hepatite C
<input type="checkbox"/> Avaliação Psicossocial - Psicologo	<input type="checkbox"/> Manganês urinário - Pré
<input type="checkbox"/> Avaliação Psicossocial - Médico	<input type="checkbox"/> Manganês urinário - Pós
<input type="checkbox"/> Beta HCG	<input type="checkbox"/> Metanol Urinário
<input type="checkbox"/> Bilirrubinas	<input type="checkbox"/> Micológico de Unhas
<input type="checkbox"/> Brucela	<input type="checkbox"/> Parasitológico de fezes
<input type="checkbox"/> Brucelose	<input type="checkbox"/> Radiografia de coluna cervical (1073)
<input type="checkbox"/> Carboxihemoglobina (0364)	<input type="checkbox"/> Radiografia de coluna Lombo-Sacra(1075)
<input type="checkbox"/> Chumbo Urinário	<input type="checkbox"/> Radiografia de Pés
<input type="checkbox"/> Chumbo Sanguíneo	<input type="checkbox"/> Raio X de Coluna Sacro-Cóccix (1411)
<input type="checkbox"/> Colesterol HDL	<input type="checkbox"/> Raio X de Tórax
<input type="checkbox"/> Colesterol LDL	<input type="checkbox"/> Ressonância
<input type="checkbox"/> Colesterol Total	<input type="checkbox"/> Reticulócitos
<input type="checkbox"/> Colesterol VLDL	<input type="checkbox"/> Rotina de urina (1098)
<input type="checkbox"/> Triglicérides	<input type="checkbox"/> Teste de Romberg
<input type="checkbox"/> Uréia	<input type="checkbox"/> TGO
<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> TGP
<input type="checkbox"/> Triagem Dermatológica	

#### OUTROS EXAMES REQUERIDOS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

Endereço envio Malote mesmo cadastro?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Vencimento padrão 25 do mês?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não – Qual?