FORMULÁRIO		
REGISTRO DE COMUNICADO DE EXAME CRÍTICO	CÓDIGO: FP.LAB.001	REVISÃO: 00 PÁGINA: 1/1

MÊS/ ANO: _____

DATA	HORÁRIO	DADOS DO PACIENTE		INFORMAÇÃO REPASSADA	RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO	NOME DE QUEM RECEBEU A INFORMAÇÃO
		PRONTUÁRIO	NOME			