

**SOLICITAÇÃO DE KITS DE COLETA**

FM.NB02.014

UNIDADE REQUISITANTE/MUNICÍPIO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

CONTATO (E-MAIL E TELEFONE):

USO EXCLUSIVO DO LACEN-ES

- () KIT CLAMÍDIA E GONORREIA QUANTIDADE:
- () KIT COQUELUCHE QUANTIDADE:
- () KIT COVID-19 e VÍRUS RESPIRATÓRIOS QUANTIDADE:
- () KIT DOENÇAS DIARREICAS (DTHA) QUANTIDADE:
- () KIT MPOX QUANTIDADE:
- () KIT MENINGITE ADULTO QUANTIDADE:
- () KIT MENINGITE PEDIÁTRICO QUANTIDADE:
- () TROCA DE ÁGAR CHOCOLATE QUANTIDADE:

QUANTIDADE DEVOLVIDA DE ÁGAR CHOCOLATE VENCIDO:

LOTE DO ÁGAR CHOCOLATE DEVOLVIDO:

DATA DE VALIDADE:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DATA PROVÁVEL DE BUSCA:

USO EXCLUSIVO DO LACEN-ES

DATA DE RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO:

DATA DE ENTREGA DO KIT:

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA (NOME LEGÍVEL): _____

RESPONSÁVEL PELA RETIRADA DO KIT (NOME LEGÍVEL): _____

NOTA: A solicitação deve ser feita por meio do formulário devidamente preenchido e enviado com antecedência para o e-mail do Setor de Triagem de Material Biológico: lacen.triagem@saude.es.gov.br