ANEXO II

RELATÓRIO DE EXAMES REALIZADOS

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	DATA E HORA DE REALIZAÇÃO DO TESTE

_____, _____ de _____de 2020.

OBS: O Relatório deverá conter o nome e CNPJ da CONTRATADA e estar datado.

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