CIPAC DIAGNÓSTICOS

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Responsável Técnico:
Dra. Ana Flávia C. de Oliveira
CRM 9690 - RQE 6288 - 12919

Nome:

Data de Nascimento: Gênero:

CPF: CNS:

Nome da Mãe:

Material e exame:

Resumo Clínico e Hipóteses Diagnósticas:

Número de Frascos: Data da coleta: Hora da coleta:

Convênio:

Médico requisitante: CRM:

Destino do Laudo:

TERMO DE CONSENTIMENTO:
Eu, paciente qualificado acima, declaro que estou ciente e de acordo com o envio do material biológico acima descrito para o laboratório **Cipac Diagnósticos**, no endereço citado neste documento, para realização dos exames solicitados.

Estou ciente de que deverei efetuar o pagamento de serviço prestado não autorizado ou que porventura seja negada a cobertura pelo convênio ou plano de saúde. Autorizo desde já o **Cipac Diagnósticos** a efetuar a cobrança dos valores referentes a este exame em caráter particular, através de cobrança direta.

Assinatura do paciente ou responsável legal

Utilize o QR Code abaixo e navegue diretamente para nosso endereço:

Alameda Rio Branco, 981 - Jardim Blumenau - Blumenau, SC - CEP 89010-301
47 3036-5727 - contato@cipac.com.br - **cipac.com.br**

cipac.com.br