

Nome:

Nome social:

Data de nascimento:

Gênero biológico:

CPF:

Nome da mãe:

E-mail:

Telefone:

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:

