

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____ Sexo biológico: _____

Nome social: _____ CPF: _____

Data de nascimento: _____ Telefone: _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

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:



Responsável Técnica:
Dra. Luzete Cristina Silva Granero
CRM 8195 - RQE 2974

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