

**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  
nossa endereço:



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

Rua Itajaí, 790 - Vorstadt  
Blumenau, SC - CEP 89015-200  
47 3036-5727 - contato@cipac.com.br