

## RQ 0543 - TERMO DE RESPONSABILIDADE SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Nome do laboratório conveniado: \_\_\_\_\_

Código do laboratório: \_\_\_\_\_ N° pedido: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

OBS: A alteração significativa do nome PARCIAL ou COMPLETA e sexo do paciente não será efetivada. Neste caso será necessário o envio de nova amostra, devidamente identificada e cadastrada com o nome correto, sob a responsabilidade do laboratório solicitante.

Alteração solicitada: \_\_\_\_\_

Justificativa para a alteração: \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins, que a alteração de cadastro deste paciente é de inteira responsabilidade do laboratório \_\_\_\_\_, assumindo as consequências deste ato. Por serem verdadeiras as informações declaradas, firmo o presente termo de responsabilidade autorizando o DB Diagnósticos do Brasil a alterar o laudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal e Carimbo

CPF: \_\_\_\_\_