

RQ 0807 - TERMO DE ANUÊNCIA (AFFIDAVIT)

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Informações do paciente

Prezado cliente

Todos os dados são imprescindíveis, assim solicitamos o preenchimento completo deste documento.

Nome do laboratório apoiado: _____

Código do laboratório: _____

Nome do responsável: _____

Número do pedido: _____

Nome do paciente: _____

Exames: _____

A(s) amostra(s) para os exame(s) acima, apresentam a(s) seguinte(s) irregularidade(s):

Afim de estarmos em conformidade com as normas e creditações requeridas, informamos que os materiais enviados diferentes do que são solicitados no guia de exames, somente poderão ser processados mediante o seu consentimento, o processamento de materiais não validados, poderá implicar em resultado inconclusivo.

Declaro para os devidos fins, que autorizo a realização do exame do cliente, acima identificado, observadas a(s) irregularidade(s), assumindo total responsabilidade pelo(s) resultado(s) obtido(s) nestas condições e isentado o DB Diagnósticos do Brasil de qualquer ônus que venha lhe ser imputado.

_____, de _____ de _____

Assinatura do responsável legal e carimbo com
conselho de classe (CRF, CRBM, CRM, CRBIO)

CPF: _____

