

COLE AQUI
ETIQUETA DB

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

***Todos os dados são imprescindíveis**

Nome do laboratório conveniado: _____

Código do laboratório: _____ N° pedido: _____

Nome civil do paciente: _____

Nome social do paciente (se aplicável): _____

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 a alterar o laudo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável legal e Carimbo

CPF