

COLE AQUI
ETIQUETA THEOLAB

TERMO DE RESPONSABILIDADE - SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÕES DE DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE

***Todos os dados são imprescindíveis**

Nome da Unidade Apoiada: _____

Código da Unidade Apoiada: _____

Nº do 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 da unidade solicitante.

Alteração solicitada: _____

Justificativa para a alteração: _____

Declaro para os devidos fins, que a alteração de cadastro deste paciente é de inteira responsabilidade da Unidade Apoiada _____, assumindo as consequências deste ato.

Por serem verdadeiras as informações declaradas, firmo o presente termo de responsabilidade autorizando o Laboratório de Apoio Theolab Saúde a alterar o laudo.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do responsável Legal e Carimbo da Unidade Apoiada

CPF: _____