



TERMO DE RESPONSABILIDADE - Solicitação de Alterações de Dados Cadastrais do Paciente

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.
Nestes casos será necessário o envio de nova amostra, devidamente identificada e cadastrada com o nome correto,
sob 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: _____