



## 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: \_\_\_\_\_