

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Nome do laboratório conveniado: _____

Código do Laboratório: _____

Nº de Pedido de pacientes: _____

Exames: _____

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

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 isentando o DB Diagnosticos do Brasil de Qualquer ônus que venha lhe ser imputado.

Nome: _____

Cargo: _____ Fone: _____

_____, de _____ de _____

Assinatura: _____

Responsável e carimbo

CPF: _____