

TERMO PARA REALIZAÇÃO DA CONTRAPROVA DO TESTE TOXICOLÓGICO

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Nome do laboratório conveniado: _____

Código do Laboratório: _____

Nº de pedido de paciente: _____

Nome do paciente: _____

Declaro para os devidos fins, que autorizo a realização da contraprova do teste toxicológico com a amostra do envelope B do pedido acima, mediante solicitação do paciente. Assumo total responsabilidade pela solicitação de abertura do envelope B e isentando o DB Diagnósticos do Brasil de qualquer ônus que venha lhe ser imputados.

Nome: _____

Cargo: _____ Fone: _____

_____, de _____ de _____

Assinatura: _____

CPF: _____ Conselho de Classe: _____

Carimbo do responsável:

A partir da abertura do envelope B, serão avaliados os critérios pré-analíticos necessários para a realização ou não da contraprova.

Nota: Mediante o envio deste termo digitalizado será cadastrado no mesmo pedido o código referente à contraprova que terá um custo de faturamento equivalente ao primeiro código TOXCA.