

**REQUISIÇÃO DE EXAME DE TECIDOS, SECREÇÕES OU LÍQUIDOS**

Declaro, para os devidos fins, que:

- 1) Todas as informações por mim prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.
- 2) Não omiti informações que possam influenciar os resultados.
- 3) Conferi as etiquetas que serão utilizadas na identificação dos recipientes onde serão armazenadas as amostras.
- 4) Se necessário, autorizo o envio de minhas amostras para análise em outras instituições qualificadas.
- 5) Autorizo o arquivo das lâminas e/ou blocos de parafina originados dos exames anátomo e citopatológicos, sempre que realizados.
- 6) Estou ciente que os meus exames poderão ser autorizados no convênio em momento posterior à admissão, coleta e/ou entrega de amostras e, caso haja negativa, serei responsável pelo pagamento dos mesmos ao Laboratório.
- 7) Estou ciente de que poderá haver o compartilhamento de meus dados pessoais, inclusive resultados de exames, com órgãos públicos por força de eventual notificação compulsória de doenças e cumprimento de obrigações legais.
- 8) Autorizo o compartilhamento de meus dados pessoais, inclusive laudos de exames, com o meu convênio de saúde ou operadora, caso estes exijam tais dados para fins de faturamento e/ou conferência.
- 9) Autorizo o compartilhamento de meus dados pessoais, inclusive laudos de exames, com o médico solicitante desta requisição;
- 10) Faço uso do(s) medicamento(s):

Informações importantes:

- 1) O uso e guarda dos dados de acesso aos resultados são de inteira responsabilidade do cliente ou responsável.
- 2) Os resultados só serão entregues mediante apresentação deste ou de documento de identificação do cliente.
- 3) Os exames poderão ser repetidos, sem ônus, mediante solicitação justificada do médico, até 72 horas após o recebimento dos laudos.
- 4) Para exames anatomopatológicos poderá ser necessária complementação financeira ou nova guia. Neste caso, entraremos em contato, para acerto.
- 5) A análise dos resultados deve ser feita por médico, não estando o Laboratório habilitado a interpretá-los.

DATA: / / Assinatura do paciente:

CPF:

• Este documento pode sofrer alterações sem aviso prévio, portanto, imprima-o somente para uso imediato.

Elaborado por: Jéssica Trobine Aprovado por: Nélida Delamoriae

Disponível em: QUAENT >> GESTÃO DE DOCUMENTOS >> LISTA MESTRA >> ID 1570 REQUISIÇÃO DE EXAME DE ESFREGAÇO VAGINAL

