

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição solicitante: \_\_\_\_\_

Nome do médico solicitante: \_\_\_\_\_

Data envio exame (s): \_\_\_\_\_

**Forma de Pagamento:**

( ) Boleto Bancário    ( ) Cheque    ( ) Dinheiro

**DADOS PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL:**

Nome Completo:

CPF:

Endereço:

Cidade:

Bairro:

CEP:

Estado:

Telefone:

e-mail:

**INFORMAÇÕES**

1. Compreendo que após a realização da coleta da amostra biológica e envio desta ao Laboratório Sollutio os exames não poderão ser cancelados;
2. Entendo que o laudo será enviado a mim e ao médico solicitante por e-mail (informados no formulário) seguindo o prazo de liberação de cada exame contado a partir da chegada da amostra biológica ao laboratório Sollutio;
3. Compreendo que a interpretação clínica do laudo será feita somente pelo Médico Solicitante;
4. Entendo que se a cobrança do exame for realizada por boleto bancário, a data de vencimento do mesmo será para 5 dias e que a nota fiscal será enviada a mim via e-mail.

\_\_\_\_\_  
Ao assinar este documento, dou meu consentimento para a realização do (s) exame (s).

Data:

Assinatura do Paciente: