



PARA ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

(O preenchimento de todos os dados é obrigatório)

Laboratório Parceiro: _____

Código do Cliente: _____ Número da OS: _____

Responsável pela solicitação: _____

Nome do(a) paciente informado: _____

Solicito a alteração de:

Nome Sobrenome Data de nascimento Sexo

De: _____

Para: _____

ATENÇÃO: Em acordo com o disposto pela LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), RDC 302/05, requisitos de qualidade e definições institucionais, a retificação de nome completo, alteração de sobrenome e/ou data de nascimento por completa, só será realizada mediante envio de nova amostra, sob responsabilidade do laboratório parceiro. Para os exames de HIV (e suas variações), BHCG, Drogas de Abuso e Paternidade (e suas variações) não serão realizadas retificação/exclusão/inclusão de nome ou sobrenome e qualquer outra que implique em mudança de gênero. Para os testes de Paternidade e suas variações serão aceitas solicitações de alteração de nome e sobrenome somente em casos cuja documentação tenha sido enviada com todos os nomes da forma correta. Para casos de anatomia patológica e Citopatologia, alteração de nome, sobrenome e nome completo serão realizadas somente mediante envio de nova solicitação médica assinada e carimbada.

Declaro para os devidos fins, que tomo ciência e autorizo a realização da(s) alteração(ões) da(s) informação(ões) do(a) paciente supracitado(a), dada(s) à(s) falha(s) de cadastro previamente constatada(s), assumindo total responsabilidade pelo(s) laudo(s) obtido(s), isentando o Brasil Apoio Medicina Diagnóstica de qualquer ônus que venha lhe ser imputado.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) responsável pela solicitação e carimbo com conselho de classe (CRF, CRBM, CRM, CRBIO)