

Formulário para dados cadastrais de paciente

Todos os campos de preenchimento são obrigatórios. Recomendamos o preenchimento digital ou se for à mão, preencher em letra de forma.

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome completo do paciente: _____ Data Nascimento: ____/____/____

E-mail do paciente: _____ CPF do paciente: _____

Nome completo do cônjuge: _____ Data Nascimento: ____/____/____

E-mail do cônjuge: _____ CPF do cônjuge: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____

Telefone 1: () _____ Telefone 2: () _____

INFORMAÇÕES DO TESTE REALIZADO

Nome da Clínica/Laboratório: _____

Médico responsável: _____

Tipo de teste realizado: _____

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

Responsável pelo pagamento: Clínica Paciente

Ao assinar este formulário, fui informado e concordei com os termos, objeto da prestação de serviço, limites de responsabilidade, e valores devidos, comprometendo-me a realizar o pagamento total de todos os testes executados pelo laboratório IGENOMIX.

Nome do Paciente (use letras maiúsculas): _____

Data: _____

Assinatura do Paciente: _____

OBSERVAÇÕES

[O Andamento da análise é vinculado ao pagamento.](#)

“Os pagamentos efetuados a médicos e a hospitais, assim como as despesas com exames laboratoriais, realizados no âmbito de procedimento de reprodução assistida por fertilização in vitro, devidamente comprovados, são dedutíveis somente na DAA do paciente que recebeu o tratamento médico conforme **Instrução Normativa RFB nº 1756 de 31 de outubro de 2017.**”