

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: _____

CPF: _____

Data Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

CEP: _____

Endereço de e-mail: _____

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

* Quando a paciente efetuar o pagamento direto para Igenomix, preencher abaixo:

- **A VISTA (TED/Cartão Débito/Crédito)**
- **PARCELADO (Cartão de Crédito até 6 vezes) Número de parcelas: _____**

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.**"

Título: Payment and Financial Form		Código/Versão: BR_M_F_001_PT_V4.0		Pág. 1/1
Autor: M. Uehara, M. Costa, D. Godoy, P. Motta, R. Lopez	Autorizado por: Marcia Riboldi, PhD	Data da edição: 11/Novembro/2019	Data próxima revisão: 11/Novembro/2021	