

Nome completo do paciente:

Instituição solicitante:

Médico solicitante:

Data de envio do(s) exame(s):

CPF do paciente:

E-mail para envio do laudo:

PAGAMENTO

Valor total: R\$

Forma de pagamento (cartão de crédito há acréscimo de juros):

() Boleto bancário

() Pix



() Cartão () 1x () 2x () 3x

DADOS PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL

Nome completo:

CPF:

Endereço:

Cidade:

Bairro:

CEP:

Estado:

Telefone:

E-mail:

INFORMACÕES

1. **IMPORTANTE:** após realizar o pagamento é **imprescindível** enviar o comprovante para o e-mail financeiro@sollutiodiagnosticos.com.br, informando **nome completo da paciente e o exame realizado**, haverá um retorno por e-mail do recebimento do comprovante.
2. Compreendo que após a realização da coleta da amostra biológica e envio desta ao laboratório Sollutio os exames não poderão ser cancelados;
3. Entendo que o laudo será liberado por meio de login e senha que serão disponibilizados no e-mail cadastrado (informados no formulário) seguindo o prazo de liberação de cada exame contado a partir da chegada da amostra biológica ao laboratório Sollutio;
4. Compreendo que a interpretação clínica do laudo será feita somente pelo Médico Solicitante;
5. Entendo que se a cobrança do exame for realizada por boleto bancário, a data de vencimento será para 5 dias contados da admissão do exame, e que será enviado junto da nota fiscal via e-mail.

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

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) paciente