

	HEMOLABES – Laboratório Clínico		
	TERMO DE COMPROMETIMENTO DE PAGAMENTO DE EXAME	Código: ANX - 059	Documento: PSQ - 002
		Folha: 1 de 1	

Eu, _____, portador do documento de
 identidade: _____ **AUTORIZO** a realização do(s) exame(s):
 _____, mesmo tendo sido informado que o meu
 plano de saúde talvez não autorize a realização e me **COMPROMETO A EFETUAR O**
PAGAMENTO do(s) mesmo(s).

Macaé, ____/____/____

Assinatura Paciente

Preenchimento pela recepcionista:

Nº do protocolo _____ Nome da recepcionista _____ Local de coleta _____

OBS: _____

Observação:
 Este termo ficará aos cuidados da recepcionista até que o paciente volte com a autorização do convênio, quando será devolvido ao mesmo.

Elaboração
 Nome: Márcia Emma de Freitas Stefanon
 Cargo: Gestora da Qualidade
 Data: 17/07/2019
 Visto: _____

Aprovação e Liberação
 Nome: Yan Salles Andrade
 Cargo: Diretor Comercial
 Data: 17/07/2019
 Visto: _____

Desativação:
 Data: _____ Visto _____