

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## Identificação

PACIENTE

RESPONSÁVEL (grau de parentesco \_\_\_\_\_)

Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_.

Declaro que estou ciente de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico por indicação do médico assistente será encaminhada ao LAC Laboratório, situado na Rua Rui Barbosa, 3716, centro, Campo Grande – MS com telefone para contato no número (67) 4009-0070.

Nome instituição de saúde oriunda da amostra \_\_\_\_\_

### ACEITE (marque com x a opção desejada):

Estou ciente dos cuidados tomados pelo laboratório a respeito de manuseio, acondicionamento, e análise realizada.

Autorizo o transporte da amostra resultante do procedimento até o laboratório para dar continuidade no processo de análise e procedimentos afins.

Estou ciente, porém NÃO autorizo o envio de minhas amostras ao laboratório, pois prefiro optar por encaminhar pessoalmente até um laboratório de minha preferência.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela aplicação  
do termo