



Fone: (67) 3422-8222

Conteúdo digital: www.lapacdourados.com.br

Ref. PRO-001 – RG 01.004 Rev. 00 – 05/10/2022



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Identificação

- PACIENTE
- RESPONSÁVEL (grau de parentesco _____)

Eu _____ CPF _____ declaro que estou ciente de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico, por indicação do médico assistente, será encaminhada ao Laboratório LAPAC, situado na Rua Dr. Camilo Ermelindo da Silva, 461, centro, Dourados – MS, com telefone para contato no número (67) 3422-8222 e/ou (67) 98457-3127.

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.

_____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TERMO