



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM IMUNO-HISTOQUÍMICA/ BIOLOGIA MOLECULAR

Declaro estar ciente de que, conforme solicitação do meu médico assistente será/foi encaminhado material necessário aos Procedimentos Diagnósticos em Imuno-histoquímica/Biologia Molecular. Este procedimento será realizado no Laboratório Médico abaixo especificado.

Esclarecemos que, por fatores independentes da nossa vontade, as amostras podem não permitir avaliação adequada, O QUE SÓ PODE SER DETECTADO APÓS O PROCESSAMENTO DO MATERIAL. Nestes casos, o Laboratório responsável devolverá somente parte do valor pago, conforme o custo das etapas realizadas.

Fui também informado (a) de que, como alternativa, poderia retirar, sem qualquer pagamento, o material do Macro e Micro, responsabilizando-me pelo seu encaminhamento a qualquer outro Laboratório da minha confiança.

Faremos contato via telefone/e-mail assim que o laudo estiver disponível.

CONSULTORIA EM PATOLOGIA

Responsável Técnico: Prof. Dr. Carlos
Eduardo Bacchi (CRM 37879)
Rua Dona Adma Jafet, 74 – Conj.152 –
15º andar - São Paulo - São Paulo

GENOA BIOTECNOLOGIA

Responsável Técnico: Prof. Dr. Luiz
Heraldo A. Câmara Lopes (CRM 15840)
Av. Angélica, 2318 – 5º andar.
Consolação - São Paulo – SP

PRAZO PREVISTO PARA A LIBERAÇÃO DO LAUDO: 8 a 13 DIAS ÚTEIS.

Florianópolis ____ / ____ / ____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ **Registro nº:** _____

Nome do Paciente: _____ CPF: _____

Nome da mãe (do paciente): _____

Responsável: _____ Parentesco: _____

Fone(s) para contato: _____

Assinatura: _____