



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM IMUNOFLUORESCÊNCIA

Declaro estar ciente de que, conforme solicitação do meu médico assistente, será encaminhado material necessário ao Procedimento Diagnóstico em Imunofluorescência para o Laboratório abaixo discriminado, via SEDEX ou equivalente.

Será comunicado por telefone quando o laudo estiver disponível.

HOSPITAL DO RIM – FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS

Rua Borges Lagoa, 960

Vila Clementino- São Paulo/SP

Florianópolis ____/____/____

Responsável: _____

Parentesco: _____

CPF: _____

Fone(s) para contato: _____

Assinatura: _____

Funcionário: _____ Data ____/____/____

**** Cópia entregue ao paciente/responsável.**

Rua Dom Jaime Câmara, 77 – Sala 101 – Florianópolis – SC
Fone (48) 3224-1888 / 98417-0577 (Whatsapp) – macroemicro@macroemicro.com.br
Responsável Técnico: Dr. Gianfranco Luigi Colombeli – CRM 10137 – RQE 6702