



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM MICROSCOPIA ELETRÔNICA

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

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

HOSPITAL DO RIM – FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS

Rua Borges Lagoa, 960

Vila Clementino - São Paulo/SP

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Fone(s) para contato: _____

Parentesco: _____

Florianópolis ____ / ____ / ____

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