

	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)		Código: FO.QUAL.006
			Revisão: 01 30/03/2026
	Página: 1 de 1		

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

() PACIENTE

() RESPONSÁVEL (especificar grau de parentesco _____)

Eu _____, portador do RG ou CPF _____. Declaro estar ciente de que o material coletado para exame anatomopatológico, por indicação médica, será encaminhado ao **Laboratório MR Ventura – Medicina diagnóstica**, localizado na Rua Bruno Garcia, 1620 – Colinos, Três Lagoas – MS. Telefone de contato (67) 984697960.

Clínica responsável pela coleta do material: _____

Declaro, ainda, que:

1. Fui esclarecido (a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até sua entrada no laboratório, em conformidade com a Resolução CFM 2169/2017.
2. Autorizo o transporte da amostra para realização de análise na instituição descrita acima.
3. Fui esclarecido (a) que quando necessário a amostra poderá ser encaminhada para os laboratórios parceiros abaixo, para realização de exames complementares.

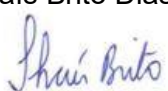
DASA - Avenida Juruá, 434 CNES: 3488217 - Barueri, SP – Médico Responsável Técnico -Dr. Cristovam Scapulatempo Neto - CRM SP nº 102037.

Hermes Pardini - End.: Av. Das Nações, 2448 - Portaria A Vespasiano-MG CEP:33201-003 Responsável Técnico: Dr. Guilherme Birchall Collares - CRM-MG:35635.

Assinatura do declarante
(Paciente ou responsável)

Assinatura do responsável por
aplicar o termo

Três Lagoas – MS, _____ de _____ de 20____.

Elaboração	Análise Crítica	Aprovação
Thaís Brito Dias 	Nayara Aguilera 	Dr. Márcio Ventura Ventura 