

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.



Local de origem 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 poderia encaminhar a amostra para outro laboratório, a critério próprio.

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

Assinatura do declarante
(Paciente ou responsável)

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