



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PELOS PACIENTES, OU FAMILIARES IMEDIATOS OU
RESPONSÁVEIS LEGAIS, PARA ENVIO DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA QUALQUER FIM DE DIAGNÓSTICO E
TRANSPORTE DE AMOSTRA.

Eu, _____,
portador do CFP n.º _____ e RG n.º _____ () paciente/ () responsável
(grau de parentesco _____), declaro que fui informado(a) e autorizo que a amostra do
material biológico coletado para exame seja analisada pelo Laboratório Costa Rosa e seus laboratórios de apoio.
Declaro, para todos os fins legais, especialmente no disposto na Resolução 2169/2017 do Conselho Federal de Medicina –
CFM, publicado no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 2017, Seção i, p.272-4., que dá plena autorização ao
Laboratório Costa Rosa, Inscrito (a) no CRM/ sob o n.º 565, para proceder às investigações necessárias do material entregue,
inclusive, caso necessário, encaminhá-lo aos seus laboratórios de apoio. Estou ciente de que minha amostra biológica não
será utilizada para outros fins além do que o solicitado pelo médico assistente e que será mantida a confidencialidade sobre
os meus dados pessoais e resultados das análises, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados, LEI Nº 13.853 de 08 de julho
de 2019.

Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise, bem como ao meu médico assistente, e para
que meus familiares imediatos, ou terceiros, ou responsáveis legais, retirem meu laudo comprometo-me a enviar uma
autorização assinada com este fim.

Confirme que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e, concordo com os termos deste documento, e que me
foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas.

Para que produza os efeitos legais, assino o presente termo.

Cidade: _____. Data: _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) paciente

Assinatura do responsável pelo(a) paciente

CPF/ RG N.º

CPF/ RG N.º