



**LABORATÓRIO COSTA ROSA**

**PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA**

*Dr. Joaquim Costa Rosa*

Médico Patologista e Citopatologista/Responsável Técnico CRM-MS 4780 / N.º de Reg. de Especialidade 2693 e n.º. 3637

**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, Inscrição (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.

Confirmo 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

Rua Riachuelo, 238, Bairro: centro, Naviraí, MS.  
Telefones: (67)34615345 e (67)92056763  
laboratoriocostarosa@uol.com.br