



LABORATÓRIO COSTA ROSA

PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA

Dr. Joaquim Costa Rosa

Médico Patologista e Citopatologista/Responsável Técnico
CRM-MS 4780 / N° de Reg. De Especialidade 2693

Rua Riachuelo, nº 238 - Com.: (67) 3461-5345 - (67) 3561-5476
Centro - CEP 79.947-106 - Naviraí/MS Cel.: 99205-6763
www.laboratoriocostarosa.com.br / e-mail: laboratoriocostarosa@uol.com.br



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 CPF nº _____ e RG nº _____ () 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 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.

Confirmando 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 Nº

CPF/RG Nº

Rua Riachuelo, 238 - Bairro: Centro - Naviraí - MS
Telefones: (67) 3461-5345 e (67) 99205-6763
laboratoriocostarosa@uol.com.br