

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA EXAMES DE ALTA
COMPLEXIDADE E ALTA EXPECTATIVA

Pelo presente termo, eu _____,
portador do CPF _____, responsável por _____
_____, portador do CPF _____,
declaro para os devidos fins e efeitos de direito que:

- 1) Autorizo a coleta de amostras de material biológico para realização dos exames solicitados;
- 2) Estou ciente de que se trata de exames de alta complexidade e que o laboratório está tecnicamente preparado para tal, entretanto não está isento de chances da necessidade de repetição da análise, atraso de resultado, podendo, eventualmente levar a um resultado inconclusivo do exame e/ou exigir uma nova coleta de material, se aplicável. Entendo que um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame.
- 3) Estou ciente que em caso de diagnóstico de doenças de notificação compulsória, o laboratório tem a obrigação de divulgar o resultado e os meus dados para a agência responsável, seja ela de esfera municipal, estadual ou federal.

Declaro, ao assinar este termo de consentimento que tive a oportunidade de ler o seu conteúdo e esclarecer eventuais dúvidas. Declaro também que a responsabilidade da interpretação dos resultados obtidos é restrita ao médico por mim selecionado, que me acompanha clinicamente.

Declaro estar de pleno acordo para a realização do(s) exame(s) solicitado(s) e a utilização de seus resultados para a composição do meu histórico clínico. Concordo que li e aceito o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE E ALTA EXPECTATIVA.

Você está sendo convidado(a) a autorizar o uso da amostra coletada e de seus dados de saúde do questionário para futuros estudos epidemiológicos e moleculares. O laboratório garante e se compromete com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações e dados fornecidos por você. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

Autorizando ou não o senhor (a) não terá nenhum prejuízo.

- () Autorizo a utilização em pesquisa científica
() NAO autorizo a utilização em pesquisa científica.

Assinatura do paciente OU responsável

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.