



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE GRAVIDEZ BETA HCG EM MENORES DE 18 ANOS DE IDADE

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____,
CPF nº _____ e telefone _____, declaro que sou o(a) responsável legal pela
menor _____, portadora do RG nº _____
CPF nº _____.

Autorizo, por meio deste termo, a realização do exame de Beta HCG na menor mencionada, a ser conduzido pelo Laboratório São Paulo. Entendo que este exame é utilizado para a detecção da gravidez e compreendo plenamente os procedimentos envolvidos.

Ao assinar este termo, reconheço e concordo com as seguintes condições:

Responsabilidade: Assumo total responsabilidade pela menor durante a realização do exame de Beta HCG.

Isonção de Responsabilidade do Laboratório: Isento o Laboratório São Paulo seus profissionais e colaboradores, de qualquer responsabilidade legal relacionada à realização do exame de Beta HCG na menor mencionada.

Informações Fornecidas: Confirmando que todas as informações fornecidas neste termo são verdadeiras e precisas.

Consentimento Informado: Compreendo os objetivos do exame de Beta HCG e autorizo sua realização na menor mencionada.

Autorização para Contato: Autorizo o Laboratório São Paulo a entrar em contato comigo, caso necessário, para esclarecimentos adicionais ou para informar sobre os resultados do exame.

Declaro que li este termo na íntegra, compreendi seu conteúdo e concordo com todas as suas cláusulas.

Este consentimento é dado de livre e espontânea vontade, sem qualquer forma de coação.

Sumaré, ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pela menor

Cole a etiqueta aqui
Ou informe o protocolo:

136 _____ - _____

Após a conclusão do exame, a amostra de material biológico utilizada será descartada conforme as normas legais vigentes e não será disponibilizada para estudos adicionais.