

Nome do(a) Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ CPF: _____

Nome do(a) Responsável (se necessário): _____

Grau de Parentesco (entre responsável e paciente): _____

CPF do(a) Responsável: _____

Teste Genético: _____

1. Estou ciente que uma amostra de material biológico será coletada em um procedimento de baixo risco. A amostra coletada ou entregue na Genomika será utilizada para realização do teste solicitado na requisição médica apresentada durante o cadastro do exame.
2. O vínculo biológico verdadeiro dos membros da família envolvidos neste estudo deve ser declarado antes da realização do exame, a fim de garantir a precisão dos resultados.
3. Um laudo com resultado inconclusivo não me isenta do pagamento do exame.
4. Estou ciente que a análise realizada na Genomika para o exame requerido é específica para a doença sob suspeita, e de nenhuma maneira garante a minha saúde como um todo ou a saúde de meus parentes e dos meus filhos, nascidos ou não.
5. Os resultados são confidenciais e o laudo será disponibilizado para mim e para o médico solicitante. A divulgação será realizada para outros médicos com meu consentimento escrito.

Minha assinatura abaixo reconhece que compreendi perfeitamente todas as informações contidas neste documento:

x _____
Paciente ou Responsável

Data: _____