

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. Eu entendo que a análise realizada na Genomika para o exame requerido é específica para a finalidade e possíveis doadores informados no questionário.
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.
6. Este exame pode ser realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sem custo, porém opto por realizá-lo no Laboratório Genomika.

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

x \_\_\_\_\_  
Paciente ou Responsável

Data: \_\_\_\_\_