

	HEMOLABES – Laboratório Clínico			
	TERMO DE ANUÊNCIA AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME		Código: ANX - 061	Documento: PSQ - 002
			Folha: Página 1 de 1	Revisão: 4.0

Eu, _____, portador do documento de identidade: _____ **AUTORIZO** a realização do(s) exames(s) abaixo relacionados, mesmo tendo sido informado que o meu preparo para a realização do(s) mesmo(s) está **INADEQUADO**, o que, na maioria dos casos, compromete diretamente a confiabilidade do resultado obtido na análise.

Exames:

_____, _____, _____

Motivo da inadequação:

Macaé, ____/____/____ - Hora: ____:____

Assinatura do Paciente

Preenchimento pela recepcionista:

Nº do protocolo: _____

Recepcionista: _____

Local de coleta: _____

Observação:

Este termo de anuência deverá ser enviado IMEDIATAMENTE ao CPD.

Elaboração

Nome: Márcia Emma de Freitas Stefanon

Cargo: Gestora da Qualidade

Data: 14/11/2023

Visto:

Aprovação e Liberação

Nome: Isabela Neves Carvalho Pires

Cargo: Supervisor Técnica

Data: 14/11/2023

Visto: