

	<b>HEMOLABES – Laboratório Clínico</b>
	<b>TERMO DE ANUÊNCIA</b>

**TERMO DE ANUÊNCIA / AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME**

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

Macaé, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente

***Preenchimento pela recepcionista:***

Nº do protocolo \_\_\_\_\_ Nome da recepcionista \_\_\_\_\_ Local de coleta \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Observação:**

Este termo de anuência deverá ser enviado IMEDIATAMENTE ao CPD e posteriormente arquivado com o Comprovante de Coleta.