

	HEMOLABES – Laboratório Clínico		
	TERMO DE ANUÊNCIA AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE EXAME		Código: ANX - 061
			Documento: PSQ - 002
		Revisão: 3.0	

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 do Paciente

Preenchimento pela recepcionista:

Nº do protocolo: _____

Nome da 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: 27/07/2021

Visto: _____

Aprovação e Liberação:

Nome: Isabela Neves Carvalho Pires

Cargo: Supervisora Técnica

Data: 27/07/2021

Visto: _____