

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, , inscrito no CPF sob  na qualidade de PACIENTE ou RESPONSÁVEL, declaro que autorizo o envio de material para realização de exame anatomopatológico para o **Laboratório Atto Diagnosis**, bem como o uso de meus dados pessoais (nome, CPF, data de nascimento, convênio e dados do convênio).

Declaro ainda que o médico responsável está ciente da minha livre escolha, assumindo a responsabilidade advinda.

,  de  de 20

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável