



---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO  
EXTRAÇÃO DE DNA**

Pelo presente instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado (a) claramente sobre o procedimento de coleta e realização do exame solicitado.

Fui devidamente informado que o procedimento de coleta consiste em colocar uma agulha em alguma veia do corpo para retirada de sangue, podendo causar um pequeno incômodo no momento da punção. Será coletada uma amostra de 5 – 10 mL de sangue em tubo com EDTA (tampa roxa).

Autorizo, neste mesmo ato, a realização do procedimento laboratorial de Extração de DNA com a amostra do sangue coletada. O DNA obtido será armazenado sob responsabilidade do médico Dr. Benjamin Heck CRM N° 96.336 e posteriormente poderá ser utilizado para possível elucidação diagnóstica.

Estou ciente que meu consentimento será solicitado no futuro para realização de exame molecular diagnóstico, se necessário.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo Médico Responsável e/ou sua equipe.

Declaro estar ciente e concordo com todos os procedimentos necessários para a boa realização e conclusão da coleta acima descrita e exames solicitados.

Por fim, expresso minha concordância e é de livre e espontânea vontade que realize a coleta e os exames, assumindo a responsabilidade e os eventuais riscos decorrentes.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Paciente ou Responsável Legal:

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG n°: \_\_\_\_\_

Médico Responsável ou sua equipe:

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CRM n°: \_\_\_\_\_