



**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO  
PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome legível sem abreviação),  
data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, nº do RG \_\_\_\_\_, nº do CPF \_\_\_\_\_, declaro que fui  
informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para realização do exame BRAF (V600) será analisada,  
por indicação do médico, para o laboratório \_\_\_\_\_.

**Declaro, ainda, que:**

- I) Foram-me dados todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2074/2014;
- II) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório credenciado ao programa acima;
- III) Fui informado, através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar por encaminhar/transportar pessoalmente a amostra para realização do exame em outro laboratório de minha confiança.

**Observações:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Responsável Autorizado:  
(NOME LEGÍVEL)

\_\_\_\_\_  
Responsável pela aplicação do Termo:  
(NOME LEGÍVEL)

**BEST**Program  
Braf gEne Status Test  
PROGRAMA DE SEQUENCIAMENTO DO GENE BRAF