

## TERMO DE CONSENTIMENTO – PACIENTE

À Merck S.A.,

Data: \_\_\_\_\_

<b>Nome:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	<b>Nº protocolo</b> (quando disponível)
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>
<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade/ UF:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>Celular:</b>
<b>E-mail:</b>	

Autorizo a Merck S.A. a utilizar os dados acima especificamente para receber informações sobre o Programa de Testes RAS, por meio de e-mail e telefone. Autorizo, também, expressamente, a realização do exame de pesquisa de mutação do gene KRAS e NRAS, ambos nos éxons 2, 3 e 4, como forma de avaliação médica para fins de definição do tratamento adequado para pacientes com diagnóstico de câncer colorretal metastático (CCRm), estádios III e IV e reconheço que os dados pessoais acima serão utilizados para fins da solicitação e realização do referido exame, bem como para a elaboração do respectivo laudo.

Estou ciente e não me oponho que o Programa de Testes RAS seja patrocinado pela empresa Merck. Além disso, reconheço e tenho plena ciência de que minha participação no referido Programa:

- (i) não representará a recomendação, prescrição ou obrigatoriedade de aquisição de qualquer medicamento produzido e/ou comercializado pela Merck;
- (ii) não interferirá, de forma alguma, na independência do médico responsável pelo meu acompanhamento, o qual manterá sua autonomia para escolha da terapia que considerar adequada para o meu tratamento;
- (iii) não representará qualquer tipo de garantia de fornecimento de qualquer produto farmacêutico destinado ao tratamento de eventual enfermidade, constatada por meio da realização dos exames objeto do Programa;
- (iv) Os dados pessoais acima informados serão:

- a. coletados, processados e armazenados para fins da solicitação e realização do exame, bem como para a elaboração do respectivo laudo;
  - b. armazenados por um período de 05 (cinco) anos a contar da data de disponibilização do laudo;
  - c. acessados e armazenados, apenas e tão-somente, por parte da empresa terceirizada pela Merck, responsável pelo gerenciamento do Programa, além do laboratório que realizará o exame, sendo assegurada minha privacidade;
- (v) reconheço que tenho a opção de encaminhar/transportar pessoalmente a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha livre escolha e confiança, arcando com os custos respectivos, sem necessidade de adesão ao Programa e assinatura do presente Termo;
  - (vi) as amostras biológicas que não forem utilizadas para a realização do exame serão devolvidas no endereço indicado por mim ou pelo médico responsável pela solicitação do exame;
  - (vii) que poderei solicitar o acesso aos meus dados pessoais, bem como sua exclusão do banco de dados do Programa, a qualquer tempo, mediante requerimento;

Declaro que as informações divulgadas neste formulário são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Por fim, concordo, expressamente, com todas as condições estabelecidas neste termo.

Atenciosamente,

---

Assinatura do paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO – PACIENTE (**Programa de Testes RAS**)

Ao **LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BACCHI LTDA**

Data: \_\_\_\_\_

<b>Nome:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	<b>Nº protocolo</b> (quando disponível)
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>
<b>Endereço:</b>	
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade/ UF:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>Celular:</b>
<b>E-mail:</b>	

Autorizo o LABORATÓRIO BACCHI a compartilhar meus dados pessoais, inclusive dados sensíveis, com Íntegra Medical Consultoria S.A, terceirizada da Merck S/A, a fim de que possa participar do Programa, conforme anexo.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_