

Termo de Consentimento

Autorizo a obtenção, análise e armazenamento de amostra biológica para teste de ancestralidade e/ou saúde e bem-estar, e atesto que todos os dados cadastrais são verdadeiros. Declaro que entendo todas as informações disponibilizadas acerca das condições, limitações e apresentação de cada um dos exames contratados. Para o teste de Linhagens, está esclarecido que o exame de Linhagem Paterna só é disponibilizado para indivíduos do sexo masculino devido a questões técnicas. Além disso, compreendo que alguns casos específicos podem necessitar da coleta de nova amostra biológica, o que pode implicar em alterações no(s) prazo(s) inicialmente estipulado(s) para entrega do(s) resultado(s).

Com relação aos exames específicos de saúde e bem-estar, estou ciente de que a análise contempla uma lista específica de variantes genéticas relevantes para os caracteres estudados e que a determinação das características de um indivíduo pode incluir outros fatores genéticos ou ambientais não contemplados no exame. Entendo também que o resultado emitido terá apenas caráter informativo - não devendo, portanto, ser considerado exame diagnóstico - e que nenhuma decisão que possa ter impacto na saúde do(a) envolvido(a) deve ser tomada com embasamento exclusivo no resultado do presente exame. Além disso, tenho ciência de que quaisquer condutas ou ações que possam impactar na saúde do indivíduo devem ser avaliadas em conjunto com um profissional devidamente habilitado.

Compreendo também que os resultados de saúde e bem-estar podem eventualmente não contemplar todas as variantes inicialmente previstas, o que pode, conseqüentemente, refletir na não liberação de determinadas características. Por fim, estou ciente de que o conhecimento científico relacionado a todas as análises realizadas está sujeito a constante atualização.

Cole aqui a
etiqueta com o
código CIP

Informações do paciente (preenchimento obrigatório)

**Preencher antes de imprimir*

CPF: _____ Telefone celular com DDD: (____) _____

E-mail: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Assinatura do paciente (maior de 18 anos) ou seu responsável legal