



República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro  
Prefeitura Municipal de Quissamã  
Rua Conde de Araruama, 425 - Centro - Quissamã - RJ  
Secretaria Municipal de Saúde  
Programa DST / HIV / Aids e Hepatites Virais - Tel.: (22) 2768-1390 R: 234

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Fui devidamente esclarecido da importância da realização do teste para detecção do vírus HIV e importância de saber do resultado e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento. Autorizo a realização do exame, e que este serviço entre em contato comigo, se por algum motivo deixar de comparecer para a busca do resultado e/ou tratamento, desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão do usuário

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão do Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura profissional

Quissamã, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



República Federativa do Brasil - Estado do Rio de Janeiro  
Prefeitura Municipal de Quissamã  
Rua Conde de Araruama, 425 - Centro - Quissamã - RJ  
Secretaria Municipal de Saúde  
Programa DST / HIV / Aids e Hepatites Virais - Tel.: (22) 2768-1390 R: 234

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Fui devidamente esclarecido da importância da realização do teste para detecção do vírus HIV e importância de saber do resultado e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento. Autorizo a realização do exame, e que este serviço entre em contato comigo, se por algum motivo deixar de comparecer para a busca do resultado e/ou tratamento, desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão do usuário

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão do Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura profissional

Quissamã, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_