



(Logotipo do Laboratório)

(Nome do Laboratório)

(Endereço, fone, site)

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

Eu, _____, nº de identidade _____
() paciente () responsável - grau de parentesco _____, declaro que fui informado(a) de que minha amostra de material biológico coletado para exame anatomopatológico e citopatológico (geral ou ginecológico) será encaminhada, por indicação do médico assistente, para o laboratório de Patologia deste município/estado:

Laboratório de Anatomia Patológica e Citologia LABPAC S/S LTDA.

Endereço: Rua Calixto da Mota, 72 – Vila Mariana.

Telefone: (11) 3284-2622 * 3284-2724.

Diretor Técnico: Dr. Luis Fernando Mesias Barrezueta – CRM 84811.

Contratualmente vinculado ao estabelecimento:

_____.

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 de Patologia assinalado acima;
- III) Fui informado, através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar ou transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

São Paulo, ____/____/_____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

Responsável pela aplicação do Termo:

Testemunha:

Nome Completo

Nome Completo

Nº do Registro de Identidade

Nº do Registro de Identidade