

# RQ 0552 - TERMO DE ESCLARECIMENTO INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRAS DE MATERIAL BIOLÓGICO

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Eu, \_\_\_\_\_, documento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ identidade nº \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que estou ciente que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico e citopatológico (geral ou ginecológico) será encaminhada para o Laboratório de Patologia abaixo indicado, contratualmente vinculado a este estabelecimento:

**Laboratório:** DB Patologia

**Endereço:** Av Victor Andrew, 1470, Zona Industrial - Sorocaba/SP

**Tel.:** (15) 3226-8847

**Responsável técnica:** Dra. Renata Sílvia Sacchi - CRM 121316

( ) Fui esclarecido(a) 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 2.074/2014.

( ) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.

( ) Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança, porém, autorizo que a mesma fosse transportada pelo Laboratório de Patologia.

Observações: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

## 1ª testemunha

Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ (responsável pela aplicação do Termo)

## 2ª testemunha

Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ (responsável pelo recebimento da amostra no laboratório de Patologia)