

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

**\*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 encaminhado 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.: 0800 643 0376

(  ) 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 a realização da análise no laboratório de Patologia assinalada acima.

(  ) Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para a 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 de Termo)

2ª testemunha

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

Nº de identidade: \_\_\_\_\_

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