

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

São Luiz Gonzaga, 989, São Cristóvão - Rio de Janeiro/RJ

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 confor-
midade 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 transporta-
da 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)