



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

Eu, _____, nº de identidade _____
() paciente/() responsável (Cargo _____), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado: Laboratório de Patologia: **Instituto de Anatomia Patológica e Citologia de Cuiabá**. Endereço: Rua Barão de Melgaço Nº 2777 Centro Tel.: 65 3623-9255/ 3624-7020 Diretor técnico do laboratório: **Antônio de Paula Siqueira CRM 683**. () 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 nº 2169/2017. () Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.
() Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança. Observações: Segue relatório com relação dos pacientes e amostras a serem examinadas.

_____ Cidade, _____ de _____ 20_____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

1) Nome completo _____

Nº de identidade _____ Assinatura _____

2ª testemunha

2) Nome completo _____

Nº de identidade _____ Assinatura _____