

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

Código: RG.ADM.113-0 | Origem: PC.ADM.011

Eu, \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ de  
identidade \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco  
\_\_\_\_\_), 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 abaixo indicado:

Laboratório de Patologia: SOLIM Medicina Diagnóstica

Endereço: Rua Lagarto, 2020, São José, CEP: 49015-270 Telefone: (79) 3214-5490

Diretor Técnico: Sônia Maria Lima Santana Marcena CRM: 225

Declaro, ainda, que:

- I. 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 2074/2014;
- II. Fui informado(a) de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises;
- III. Fui informado(a), através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório de minha confiança;
- IV. Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia descrito acima;
- V. Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise;

Aracaju- SE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente/responsável:

1ª Testemunha e responsável pela aplicação do termo:

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

Nº da Identidade \_\_\_\_\_

2ª Testemunha:

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

Nº da Identidade \_\_\_\_\_