

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

Nome do Paciente: _____

Eu, _____, portador do RG ou CPF _____ () paciente ou () responsável, grau de parentesco _____, declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico/ citopatológico será encaminhada, por indicação do médico, e minha autorização, para o laboratório Cintra e Rezende Consultoria Médica Ltda, localizado no endereço: Rua Eurico de Aguiar, 835 – Santa Lúcia – Vitória/ES. Tel.: (27)3345-8990. Diretor técnico: Dra. Ricardo Bueno de Rezende – CRM-ES 5235, contratualmente vinculado a este estabelecimento.

- 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 2169/2017.
- Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.
- Estou ciente que tenho a opção de encaminhar/transportar pessoalmente a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança. Caso haja necessidade do material ser encaminhado para realização dos exames de Imuno-histoquímica, Imunofluorescência e Biologia Molecular, AUTORIZO desde já, o envio do mesmo, para o laboratório de Patologia Bacchi, no endereço rua Major Leônidas Cardoso, 739 - Centro - Botucatu/SP.
- Fui informado 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.
- Sabendo que o Parecer 103 da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), "entende que os laboratórios não podem disponibilizar exames pela internet, sem a autorização do paciente, formalizada em Termo de Consentimento Esclarecido", assino este documento passando a assumir, assim toda e qualquer responsabilidade sobre a liberação do meu resultado de exame via internet.
- Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame.
- Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

1ª Testemunha e responsável pela aplicação do termo:

Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____

2ª Testemunha:

Nome completo: _____

RG: _____ Assinatura: _____