

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA TRANSPORTE E ANÁLISE DE AMOSTRA BIOLÓGICA**

Nome do Paciente: _____

Eu, _____, portador da cédula de identidade do RG ou CPF nº _____, residente e domiciliado na Rua _____,

paciente ou responsável, (_____) grau de parentesco, declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para:

EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

EXAME IMUNO-HISTOQUÍMICO

EXAME CITOPATOLÓGICO

EXAME IMUNOFLUORESCÊNCIA

EXAME COLPOCITOLÓGICO

EXAME DE BIOLOGIA MOLECULAR

Será encaminhado, por indicação do médico, e minha autorização, para a sede do **Laboratório de ANATOMIA PATOLÓGICA PLINIO SANTOS**, localizado no endereço: **Rua Pedro de Toledo, 1050 – Vila Clementino – CEP 04039-003 – São Paulo / SP, telefone (11) 5572-1100**, Responsável Técnico: **Dr. James Cotaet Junior – CRM. 108963**, 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 acima mencionado.

Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro Laboratório da minha confiança.

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 confiabilidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises.

Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame / diagnóstico.

Autorizo a realização do envio das lâminas, via digital, se necessário, onde meus exames serão avaliados e laudados via Telepatologia, por especialistas médicos, sob a responsabilidade Laboratório acima mencionado.

Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

São Paulo, ___ de _____ de _____. Assinatura do paciente/responsável: _____

 **CÓPIA
CONTROLADA**