

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

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 Gilles – Rua Itapeva, 240, conjunto 1703 – Telefone: (11) 3289-3227 – Diretor Técnico: Dr. Gilles Landman - CRM: 34.494.

( ) 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente/responsável: \_\_\_\_\_

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

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

Nº de identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

2ª testemunha

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

Nº de identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_