

## 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, para o Laboratório de Patologia, indicado e vinculado a este estabelecimento:

**LABORATÓRIO MARINGÁ DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA**  
**ENDEREÇO AV: Carlos Gomes 534— Zona 5.**  
**Telefone (44) 3023-8044**  
**Diretora técnico: PRISCILA VALÉRIO LIMA - CRM 18008 - RQE 13278.**

( ) Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tornados 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 no anexo II da Resolução CFM 2169/2017.

( ) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no Laboratório Maringá de Patologia.

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

Observações:

---

---

Maringá, de \_\_\_\_\_ 2020.

---

Assinatura do paciente/responsável: