

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

Eu, _____, portador do RG nº _____, () 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, qual seja:

LABORATÓRIO MARINGÁ DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

ENDEREÇO: Av. Carlos Gomes 53-B — Zona 5

Telefone: (44) 3023-8044

Responsável técnica: PRISCILA VALÉRIO LIMA - CRM-PR 18008 - RQE 13278/21311.

() 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 no anexo II da Resolução n. 2.169/2017 do Conselho Federal de Medicina - CFM.

() Autorizo o transporte da amostra para realização da análise pelo Laboratório Maringá de Patologia.

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

() Declaro estar ciente de que minhas informações serão compartilhadas com o Laboratório para fins de realização do exame, bem como que tal tratamento será feito com fundamento no inc. II do art. 7º da Lei 13.709/2018 (LGPD). Dúvidas consultar o Informe de Privacidade em: <https://www.laboratoriomaringa.com.br/downloads/>

() Declaro estar ciente de que sou o(a) único(a) responsável pelo compartilhamento de senha e login que serão gerados para consulta ao(s) resultado(s) do(s) exame(s).

Observações:

Maringá, ____ de ____ de ____.

Assinatura do paciente/responsável