

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

Eu, _____

Identidade _____ () paciente/ () responsável (grau de parentesco _____), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material

biológico coletado para exame anatomo patológico será encaminhada, por indicação do médico solicitante,

para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado:

DAP (Diagnósticos em Anatomia Patológica).

Endereço: Av. Carlos Gomes, 400 | Jd. Petrópolis, Londrina PR | Tel : 43 3322-1400

Responsável Técnico do laboratório: Dra Angela Navarro Gordan CRM/PR 22165.

() 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 de 30/10/2017.

() Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.

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

Declaro ter conhecimento e concordar quanto ao fato de que em decorrência desta prestação de serviços o laboratório poderá ter acesso, utilizar, manter e processar, tanto eletrônica quanto manualmente, as informações e dados contidos neste documento, sendo certo que em cumprimento da Lei nº 13.853/2019 (LGPD) os dados fornecidos serão protegidos e mantidos em sigilo, exceção feita aos casos em que houver obrigação legal em fornecê-los.

Observações: _____

_____ de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do paciente/responsável:

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

1) Nome completo _____

Nº Identidade _____ Assinatura _____

2ª testemunha

2) Nome completo _____

Nº Identidade _____ Assinatura _____