

Paciente **Paciente**
Dt. Nasc. **15/06/1953**
Convênio **A.M.S - SAO ROQUE**

Sexo **Masculino**
RG **1111111111**
Prontuário **109258**

(Resolução CFM nº 2074/2014)

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

Eu, _____,
nº de identidade _____ () paciente / () responsável (grau de parentesco _____), declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo com o envio da amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico e/ou citopatológico para o Setor de Anatomia Patológica e Citopatologia do da Diagnostika Patologia Clínica Cirúrgica, situado na Rua Frei Caneca, 1119-Consolação, São Paulo-SP, cujo RT é o Dr. Roberto El Ibrahim-CRM SP: 39.832, para realização de exame histopatológico por seus prestadores de serviço.

[] 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 e Patologia.

[] Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia Assinalado acima.

Ipiaú, 16 de janeiro de 2019

Assinatura do paciente/responsável: _____

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

1) Nome completo _____

Nº de identidade _____ Assinatura _____

2ª testemunha

2) Nome completo _____

Nº de identidade _____ Assinatura _____