

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente: _____

Data Nasc.: ____/____/____, CPF: ____-____-____-____.

Declaro que fui informado (a) das seguintes situações:

- A amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, ao Laboratório de Patologia PREVENÇÃO E DIAGNOSE, localizado na rua Presidente Kennedy, nº 1243 - Cascavel/PR, telefone (45) 3902-2827, diretor técnico do laboratório Dr^a Fabio Negretti CRM/PR 17400.
- Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia indicado acima.
- 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 2.074/2014.
- Fui esclarecido (a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.
- Confirmando que li, compreendi e concordo com todos os termos deste Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido com validade por tempo indeterminado.

Observações: _____

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente/ responsável: _____

Responsável pela aplicação do Termo:

Nome completo _____

Assinatura: _____