

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

Eu _____, nº _____ de CPF nº _____, () paciente () responsável (grau de parentesco _____), declaro para os devidos fins que fui informado(a) e estou de acordo que a amostra do material biológico coletado para exame anátomo patológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para o setor de Anatomia Patológica e Citopatologia do **CPC – Centro de Patologia e Citologia - LTDA**, contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado: com endereço na Praça do Seminário, nº 229 – Dom Aquino – Cuiabá/MT, CEP: 78.015-325. Telefone: (65) 3624-4452 / (65) 98402-4668. Diretor Técnico do Laboratório Dr. Carlos Aburad, CRM/MT 8126. 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 nº 2169/2017. () Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima. () Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

Observações: _____

Cidade/MT, _____ de _____ 20____.

Assinatura do paciente/responsável: _____

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

Nome completo _____

Nº de identidade _____ Assinatura _____

2ª testemunha

2) Nome completo _____

Nº de identidade _____ Assinatura _____