



## TERMO DE CONSENTIMENTO DE ENVIO DE AMOSTRA DE ANATOMIA PATOLÓGICA

NOME DO PACIENTE:

Etiqueta

Eu, \_\_\_\_\_, nº de identidade \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia **ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO A PESQUISA - AFIP**.

Endereço: **RUA PADRE MACHADO, 1040 – VILA CLEMENTINO - SÃO PAULO/ SP. Tel.: 0800–722–2347.**

Responsável técnico do laboratório: **Moacyr Pezati Rigueiro CRM: 54709**

( ) 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 2074/2014.

( ) 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.

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente/responsável: \_\_\_\_\_

### 1ª testemunha

Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ (responsável pela aplicação do Termo)

### 2ª testemunha

2) Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ (responsável pelo recebimento da amostra no laboratório)