



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

Eu, \_\_\_\_\_, nº de identidade \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que o material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico, para o laboratório de Patologia indicado abaixo:

**Instituto de Patologia Cirúrgica e Molecular – CRM nº 0001956-PA**

Av. Visconde de Souza Franco 05 - Ed. Quadra Corporate, Sala 801

Umarizal, Belém - PA, 66055-005 – Fone: (91) 3349-3659 / 98281-8262

Responsável Técnico: Dr. Carlos Augusto Moreira Silva - CRM 8344 / RQE: 4275-PA.

Declaro, ainda, que:

Fui informado, através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança;

Fui informado de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises;

Foram-me dados todos os esclarecimentos necessários 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 2169/2017;

Fui informado que o IPCM cumpre a Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados, realizando o tratamento de dados pessoais com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e privacidade, no âmbito de assistência à saúde, nos termos que autoriza o art. 7º Inciso VII, na proteção do direito à vida em conformidade com a lei vigente.

Desta forma, autorizo o transporte da amostra para realização da análise ao laboratório de Patologia conforme os dados acima; Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise;

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

### Assinatura Paciente/Responsável

Responsável pela aplicação do Termo:

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

Nº de identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

