

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE
E ANÁLISE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, _____, brasileiro (a), inscrito (a) no CPFMF sob nº _____ () paciente ou () responsável por _____ grau de parentesco _____, declaro estar no gozo de plena e perfeita saúde mental, estando esclarecido e ciente, efetuei a completa leitura do presente instrumento, assumo, para atingir os devidos fins éticos e legais, as seguintes declarações:

- que fui informado (a) de que a amostra do meu material biológico coletado para exame anatomopatológico na _____ e será encaminhada para o laboratório DAP – Diagnósticos em Patologia Rio Preto Ltda., localizado nesta cidade, com sede na rua Quinze de novembro, nº 3945, telefone fixo nº: (17) 3519-4600, sob responsabilidade do Diretor técnico, Dr. Jorge Alberto Thomé, inscrito no CRM-SP sob nº 39589;

- que fui esclarecido (a) sobre todos os cuidados tomados pela referida clínica para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório DAP – Diagnósticos em Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM sob nº 2169/2017e demais legislação pertinente;

- que autorizo o transporte da amostra acima referida para realização da análise no laboratório DAP – Diagnósticos em Patologia;

- que fui esclarecido (a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar ou transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança, porém a minha escolha foi pelo laboratório DAP – Diagnósticos em Patologia;

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

- que autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame.

- que autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

Fui devidamente esclarecido (a) e concordo expressamente de que todos os meus dados referentes a registros pessoais tais como RG, CPF, estado civil, profissão e endereço e também os dados referentes a registros sobre a minha saúde, sejam mantidos pelo DAP – Diagnósticos em Patologia, exclusivamente, para possibilitar o adequado acompanhamento de minha saúde.

Também fui esclarecido que tenho o direito de ter acesso aos referidos dados, que serão tratados (guardados) pelos responsáveis pelo Laboratório DAP – Diagnósticos em Patologia com toda a segurança e sigilo e ainda que poderei revogar a presente autorização a qualquer tempo.

_____, _____ de _____ 20____.

Assinatura do paciente/responsável: _____