



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

Nome do paciente: _____,

Identificação do material: _____.

Eu, _____, portador (a) da identidade de nº: _____, () paciente/ () responsável (grau de parentesco _____) declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico acima identificado, será encaminhada, por indicação do médico assistente, para um dos laboratórios de Patologia mencionados abaixo, situados fora do estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado:

Laboratório de Patologia:

Endereço:

TEL.:

Diretor Técnico:

CRM:

Declaro ainda, de que fui esclarecido sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte do material para conservação do material biológico até sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2074/2014, e que, poderia optar para pessoalmente encaminhar a amostra para realização do exame em outro laboratório de minha confiança. Sendo assim, autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente/responsável: _____

Atendente responsável: _____

Médico responsável: _____