

|                                                                                  |                                                                                           |        |            |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | FORMULÁRIO                                                                                | código | FOR 010    |  |
|                                                                                  |                                                                                           | edição | 4ª         |                                                                                    |
|                                                                                  | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<br>TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO | data   | 18/08/2021 |                                                                                    |
|                                                                                  |                                                                                           | página | 1 de 1     |                                                                                    |

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, .....,  
nº de identidade ....., ( ) paciente ( ) responsável (grau de parentesco: .....), declaro que fui informado(a) que a **amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico** será encaminhada, por indicação do médico assistente, para o **CITOPAT Laboratório de Patologia Ltda.**, localizado na Rua Rio Preto, nº 546, Jardim Brasil, Catanduva, SP.

Declaro, ainda, que:

1. Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para a conservação do material biológico até a sua entrada no CITOPAT Laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na resolução CFM 2074/2014.
2. Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório assinalado acima.
3. Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

Observações: .....  
.....

Catanduva, ..... de ..... de .....

Paciente ou responsável:

Nome completo: .....

Nº de identidade: ..... Assinatura: .....

Testemunha:

Nome completo: .....

Nº de identidade: ..... Assinatura: .....