**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_portador do registro de identidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) paciente / ( ) responsável (grau de parentesco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para análise será encaminhada, por indicação do médico, para o laboratório indicado abaixo:



LABORATÓRIO DE PATOLOGIA HUMANA DIAGNÓSTICO E PESQUISA LTDA

Endereço: Rua Pedro Ramires de Melo, 361 Centro Cidade: Pato Branco UF: PR CEP: 85501-250 Fone: (46) 2101 2163. Declaro, ainda, que:

1) 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;

2) 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;

3) Me foram dados todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados adotados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório referenciado, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2074/2014;

4) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia descrito acima;

5) Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do paciente/responsável: Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome do responsável pela aplicação do termo Data