

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA

Eu, _____, documento de identidade nº _____ Paciente Responsável (grau de parentesco: _____),

declaro que estou ciente que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico e citopatológico (geral ou ginecológico) será encaminhada para o laboratório de patologia abaixo indicado, contratualmente vinculado a este estabelecimento:

LABORATÓRIO: LAPC PATOLOGIA
RAZÃO SOCIAL/CNPJ: LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA LTDA - 51.394.468/0001-49
RESPONSÁVEL TÉCNICO: DR. ANTÔNIO LUIZ DE ARRUDA MATTOS - CRM 30.309
ENDEREÇO: AV. WASHINGTON LUIZ, Nº 1111 - VILA ESTÁDIO - PRESIDENTE PRUDENTE - SP
TELEFONE: (18) 3902-4040

- Fui esclarecido(a) 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 2.169/2017.
- Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de patologia assinalado acima.
- Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança, porém, autorizo que a mesma seja transportada pelo laboratório de patologia.
- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) seja encaminhado para exames complementares, quando necessário, e com anuência do convênio médico, para esclarecimento diagnóstico e implicações terapêuticas.
- Fui esclarecido(a) que apesar do prazo estipulado para entrega dos resultados, que serão cumpridos sempre que possível, o exame pode vir a ter atraso no diagnóstico devido sua complexidade e necessidade de acréscimos de novas condutas diagnósticas e que o resultado será encaminhado para o médico solicitante.
- Em acordo com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados nº 13709/2018), caso seja solicitado, autorizo a divulgação de informações e o envio do laudo do paciente referido acima por E-mail e/ou Whatsapp, pelo endereço eletrônico ou número abaixo:
- E-MAIL: _____ WHATSAPP: (_____) _____

OBSERVAÇÕES: _____

CIDADE: _____ DATA: ____/____/20____.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



 **(18) 3902-4040**

 LAPC@LAPC.COM.BR
WWW.LAPC.COM.BR

 AV. WASHINGTON LUIZ, 1111
PRES. PRUDENTE - SP

DR. ANTÔNIO PLÁCIDO
CRM 15.305 | RQE 1.360

DR. ANTÔNIO L. DE ARRUDA MATTOS
CRM 30.309 | RQE 8.776

DR. MARCELO G. TIEZZI
CRM 107.048 | RQE 49.790

DRA. TATIANA VA. MATTOS
CRM 140.840 | RQE 47.822