

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

() PACIENTE

() RESPONSÁVEL (especificar grau de parentesco _____)

Eu _____, portador do RG ou CPF _____. Declaro estar ciente de que o material coletado para exame anatomopatológico, por indicação médica, será encaminhado ao **Laboratório MR Ventura – Medicina diagnóstica**, situado na Rua Bruno Garcia, 1620 – Colinos, Três Lagoas – MS.

Procedência de origem: _____

Declaro, ainda, que:

1. Fui esclarecido (a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até sua entrada no laboratório, em conformidade com a Resolução CFM 2169/2017.
2. Autorizo o transporte da amostra para realização de análise na instituição descrita acima.
3. Fui esclarecido (a) que poderia encaminhar a amostra para outro laboratório, a critério próprio.

Três Lagoas – MS, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente / responsável

Assinatura do responsável pela
aplicação do termo