

PAT

ANATOMIA PATOLÓGICA

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

NOME DO PACIENTE:

Eu, _____ nº de Identidade: _____

() paciente / () responsável (grau de parentesco) _____, declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para o PAT - Anatomia Patológica LTDA em Vitória/ES, contratualmente vinculado ao estabelecimento seguinte:

Lab./Clínica de Origem: _____

Laboratório de Destino:

PAT - Anatomia Patológica Ltda, Rua Cândido Portinari, 27- Ed. River Center s/s. 101/104- Santa Luiza - Vitória/ES Cep.: 29.045-415 Tel.: (27)3200-3930.

Diretor Técnico do laboratório: Dr. Alex Assis de Carvalho, CRM/ES 4508

() 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 PAT - Anatomia Patológica Ltda, em conformidade com o disposto na Resolução CRM 2.074/2014.

() Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no PAT - Anatomia Patológica Ltda.

() Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

Observações:

Vitória, _____ / _____ / _____ .

Assinatura do paciente/responsável:

Testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

Nome completo:

RG: _____

Assinatura
