

Eu, _____,

☐ paciente / ☐ responsável (grau de parentesco _____), inscrito no CPF ou RG n.º

_____, declaro que **fui esclarecido(a)** sobre minha responsabilidade acerca dos cuidados tomados para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação com material biológico até a sua entrada nesse laboratório, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2.074/2014. **Autorizo**, quando necessário, o esgotamento do material na tentativa de realização do exame. Caso necessário, para eventual segunda opinião, esclarecimento diagnóstico ou autorização de exames complementares, **autorizo** o envio do meu caso para laboratório de consultoria no Brasil ou no exterior. **Fui informado(a)** que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico poderá ser encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório contratualmente vinculado ao estabelecimento, abaixo indicado:

Laboratório indicado com endereço, telefone e diretor técnico (nome e CRM)

Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório assinalado acima. **Fui esclarecido(a)** que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório de minha confiança.

Observações: _____

Araçatuba, _____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente ou responsável

1ª Testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

Nome completo: _____

RG nº _____ Assinatura _____

2ª Testemunha:

Nome completo: _____

RG nº _____ Assinatura _____