



Paciente: _____ Data Nasc.: ____/____/_____
RG: ____-____-____-____, CPF: ____-____-____-____.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____, nº de identidade ____-____-____-____ () paciente/
() responsável (grau de parentesco _____), declaro que fui informado(a) das seguintes situações:

- A amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, ao Laboratório de Patologia CENTRO DE DIAGNÓSTICO SANTA CLARA, localizado na rua Perobal, nº 4065 – Sala 04/05, telefone (44) 3056-5090, diretor técnico do laboratório Dr^a Leticia Aita CRM/PR 21.624.
- Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia indicado acima.
- 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 2.074/2014.
- Fui esclarecido (a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.
- Autorizo a coleta e armazenamento dos dados pessoais e sensíveis obrigatórios solicitados no pedido de exame e exames anteriores que por ventura houverem, e são: nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, telefone, CPF/ RG, endereço, cidade, estado, hospital/ clínica, convênio, dados clínicos, tipo de exame solicitado, identificação da peça e hipóteses diagnósticas.
- Fui esclarecido (a) sobre a utilização dos dados pessoais para cadastro e registro no sistema de informação da instituição, com a finalidade de garantir a rastreabilidade durante todo o processo, e possibilitar correlação anatomo-clínica, que é crucial para a elaboração de um diagnóstico preciso.
- Autorizo o compartilhamento dos dados que contemplam o laudo final com o médico assistente, hospital, clínica, ou operadora de saúde credenciada, caso seja solicitado.
- Fui esclarecido (a) sobre a possibilidade de solicitar a exclusão das informações pessoais que serão armazenadas após o prazo legal estipulado pela legislação vigente e adotado pela instituição de 20 anos. Estou ciente que nome completo, data de nascimento, sexo e nome da mãe são dados que não poderão ser excluídos, pois são critérios mínimos para a identificação única, exclusiva e rastreabilidade da amostra.
- Autorizo o transporte da amostra do material biológico para laboratório contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado para exames de Imunohistoquímica/ Imunofluorescência ou Patologia Molecular se necessário e solicitado pelo médico patologista ou médico assistente.
- Confirmando que li, compreendi e concordo com todos os termos deste Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido com validade por tempo indeterminado.

Observações: _____

Umuarama, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente/ responsável: _____

1^a Testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

2^a Testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

Nome completo

Nome completo

Nº de identidade

Nº de identidade

Assinatura

Assinatura