

DADOS DO PACIENTE (Podendo ser identificado por etiqueta):

Paciente:

Data Nasc.:

Sexo:

CPF:

Médico:

Convênio:

Telefone:

Estabelecimento de Origem:

Eu, paciente, declaro que fui informado que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada para o laboratório de patologia **CIPAC DIAGNÓSTICOS**, conforme contratualmente vinculado ao estabelecimento de origem.

Eu, _____, RG/CPF _____, responsável e com grau de parentesco (_____), declaro que fui informado, em nome do paciente, que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada para o laboratório de patologia CIPAC DIAGNÓSTICOS, conforme contratualmente vinculado ao estabelecimento de origem.

Fui esclarecido sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento quanto ao manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2074/2014.

Autorizo o transporte da amostra resultante do procedimento cirúrgico para a realização da análise do laboratório CIPAC DIAGNÓSTICOS.

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

Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.

Ass. do Paciente ou responsável:

Data: _____ de _____ de 20_____

ANATOMIA PATOLÓGICA | CITOPATOLOGIA | IMUNOPATOLOGIA | BIOLOGIA MOLECULAR