

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____ Sexo biológico: _____

Nome social: _____ CPF: _____

Data de nascimento: _____ Telefone: _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

Convênio: _____ Data da coleta: _____ Hora da coleta: _____

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.

Assinatura do Paciente ou responsável: _____

Data: _____ de _____ de 20_____

