

**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 anatomo-patológico 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 anatomo-patológico 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\_\_\_\_\_

Leia o QR Code  
e acesse as  
Orientações  
de Coleta para  
Investigação  
de Alopecia:

