



LABORATÓRIO DE CITO E HISTOPATOLOGIA

Rua Misael Pedreira da Silva, 70 - Santa Lúcia, Vitória - ES (27) 3224-8489
AV. Rio Branco, 611, Santa Lúcia- Vitória - ES (27) 3026-0043

Dr^a Verônica Mahias Franco - CRM/ES 6734 (Responsável técnica)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Paciente:

Informações referente a previsão do exame: WhatsApp (27) 99706-8139 ou (27) 3324-8489. Para resultado do exame favor enviar foto do documento do paciente para nosso WhatsApp, que enviaremos o site, login e senha para acesso ao resultado.

Declaro que o material referente ao meu exame será enviado ao **Virchow Laboratório de Cito e Histopatologia**, situado na Av. Rio Branco, 611 - Santa Lúcia/ES. É indispensável o PROTOCOLO ou ID do paciente para recebimento do laudo.

Fui informado, através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança;

Caso houver necessidade do material, ser encaminhado para realização dos exames de Imunohistoquímica, Imunofluorescência e Microscopia óptica Renal, AUTORIZO desde já, o envio do mesmo, para o laboratório de Patologia Bacchi, no endereço rua Major Leônidas Cardoso, 739 - Centro - Botucatu/SP, através da Azul Linhas Aéreas Brasileiras S.A.

Fui informado de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises;

A data provável de entrega do resultado poderá sofrer alteração em função da complexidade do exame;

Foram me dados todos os esclarecimentos necessários 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 2169/2017;

Fui informado que o Virchow cumpre a Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados, realizando o tratamento de dados pessoais com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e privacidade, no âmbito de assistência à saúde, nos termos que autoriza o art. 7 Inciso VII, na proteção do direito à vida em conformidade com a lei vigente. Desta forma, autorizo o transporte da amostra para realização da análise ao laboratório de Patologia conforme os dados acima;

O paciente (ou seu responsável legal) abaixo assinado declara ter ciência que este Termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado por um prazo máximo de 5 anos;

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

Paciente:

Sexo:

Data da coleta:

Data de nasc.:

CPF:

Endereço:

CEP:

Convênio:

Telefone:

E-mail:

Declaro que o material referente ao meu exame será enviado ao **Virchow Laboratório de Cito e Histopatologia**, situado na Av. Rio Branco, 611 - Santa Lúcia/ES. É indispensável o PROTOCOLO ou ID do paciente para recebimento do laudo.

Fui informado, através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança;

Caso houver necessidade do material, ser encaminhado para realização dos exames de Imunohistoquímica, Imunofluorescência e Microscopia óptica Renal, AUTORIZO desde já, o envio do mesmo, para o laboratório de Patologia Bacchi, no endereço rua Major Leônidas Cardoso, 739 - Centro - Botucatu/SP, através da Azul Linhas Aéreas Brasileiras S.A.

Fui informado de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises;

A data provável de entrega do resultado poderá sofrer alteração em função da complexidade do exame;

Foram me dados todos os esclarecimentos necessários 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

Fui informado que o Virchow cumpre a Lei Federal nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados, realizando o tratamento de dados pessoais com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e privacidade, no âmbito de assistência à saúde, nos termos que autoriza o art. 7 Inciso VII, na proteção do direito à vida em conformidade com a lei vigente. Desta forma, autorizo o transporte da amostra para realização da análise ao laboratório de Patologia conforme os dados acima;

O paciente (ou seu responsável legal) abaixo assinado declara ter ciência que este Termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado

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

Paciente ou responsável