

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLÉ)

Paciente

Entrar em contato após 2 dias da coleta para obter as informações do exame pelos canais: WhatsApp (27) 99706-8139 ou telefone (27) 3225-6012. O login e senha podem ser criados em nosso whatsapp, utilizando o e-mail informado no atendimento.

Declaro que o material referente ao meu exame será enviado ao Virchow Laboratório de Cito e Histopatologia (Sede Grupo Tommasi), situado na Av. José Maria Vivacqua Santos, 580 – Jardim Camburi, Vitória – ES, 29075-650.

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 Microscópia 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. 7º 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: _____ **Nº Convênio** _____ **Telefone:** _____ **E-mail:** _____

Declaro que o material referente ao meu exame será enviado ao Virchow Laboratório de Cito e Histopatologia (Sede Grupo Tommasi), situado na Av. José Maria Vivacqua Santos, 580 – Jardim Camburi, Vitória – ES, 29075-650.

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 Microscópia 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 2769/2077;

Fui informado que o Virchow cumpre a Lei Federal nº 73.709/2078, 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. 7º 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.

Grau de parentesco e CPF: _____

Paciente ou responsável (Nome legível)