

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE E ANÁLISE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_, nº de identidade \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada para o laboratório de Patologia indicado abaixo:

LABORATÓRIO HUGO SILVIANO BRANDÃO - CRM nº 00335-MG

AV.PASTEUR, 88/Térreo, 1º , sala 201 e 4º. andar – BH - MG – Fone: (31) 32228788 -

Responsável Técnico: Dra. Laura Silviano Brandão Vianna - CRM 24903 / RQE: 18076.

Estou ciente de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins que estejam além do que solicitado pelo médico assistente e que será mantida a confidencialidade sobre os meus dados pessoais e resultados das análises.

Foram fornecidos 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;

O Laboratório Hugo Silviano Brandão 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, de acordo com a referida Lei.

Desta forma, autorizo o transporte da amostra para realização da análise ao laboratório de Patologia, bem como o tratamento de meus dados pessoais.

Autorizo que o resultado seja encaminhado:

( ) Ao médico que solicitou a análise;

( ) Para o email informado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Paciente/Responsável

**OBS: Documento válido somente mediante cópia da carteira de identidade.**