



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PATOLOGIA

Eu, _____, RG _____
nº _____, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, paciente,
declaro, nos termos da Resolução CFM nº 2074/2014, que fui informado(a) de que a amostra do
material biológico para exame anatomopatológico/citológico coletada e/ou entregue neste
laboratório, identificada pela Ficha nº _____, será encaminhada para análise na sede
técnica deste laboratório, localizada na capital do estado de São Paulo, na Avenida General
Valdomiro de Lima, nº 508, Jabaquara, São Paulo – SP, sob responsabilidade técnica do Dr. Celso
Granato, CRM/SP nº 34.307.

Declaro que fui esclarecido(a) que posso optar por encaminhar/transportar, pessoalmente, o
material biológico para realização do exame em outro laboratório de patologia de minha confiança,
mas optei por realizar o serviço neste estabelecimento e autorizá-lo a transportar a amostra para
realização da análise em sua sede técnica situada no estado de São Paulo.

Declaro, ainda, que fui esclarecido(a) que o laboratório, por este estabelecimento ou sua sede
técnica acima informada, são responsáveis por todos os procedimentos relacionados a esta
amostra e qualquer dúvida ou reclamação poderá ser realizada mediante o contato pelo telefone
indicado no rodapé deste documento.

_____, de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável

1ª Testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

Nome completo _____

RG nº _____ Assinatura _____

2ª Testemunha:

Nome completo _____

RG nº _____ Assinatura _____