

Eu, _____

Identidade _____ () paciente/ () responsável (grau de parentesco _____), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado para exame de anatomopatológico será encaminhado, por indicação do médico solicitante, para laboratório de Anatomia Patológica deste município/ estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento indicado abaixo:

Laboratório de Patologia Bacchi**Endereço: Rua Major Leônidas Cardoso, 739 – Centro – Botucatu/SP – CEP: 18602-010**

() Foi esclarecido(o) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até sua entrada no Laboratório de Patologia Bacchi, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 21 69 de 30/10/2017.

() Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no Laboratório de Patologia Bacchi assinalado acima.

() Fui esclarecido que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório de minha confiança.

Declaro ter conhecimento e concordar quanto ao fato de que em decorrência desta prestação de serviços o laboratório poderá ter acesso, utilizar, manter e processar, tanto eletrônica quanto manualmente, as informações e dados contidos neste documento, sendo certo que em cumprimento da Lei nº 13.853/2019 (LGPD) os dados fornecidos serão protegidos e mantidos em sigilo, exceção feita aos casos em que houver obrigação legal em fornecê-los.

Observações:

_____ de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do paciente / responsável: _____

Ficha de Imunofluorescência**Data da Coleta:** _____ (dd/mm/aa) **SEXO:** () Masculino () Feminino**Nome do paciente:** _____**Nome da mãe:** _____**Data de Nascimento:** _____ (dd/mm/aa) **CPF:** _____