



TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Eu, _____, ☐ paciente / ☐ responsável (grau de parentesco _____), inscrito(a) no CPF ou RG nº _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a) quanto às seguintes informações:

1. Finalidade do Envio

A amostra de material biológico coletada para realização de exame anatomopatológico poderá, quando tecnicamente necessário para complementação diagnóstica (como imuno-histoquímica, técnicas especiais ou segunda opinião), ser encaminhada a laboratório de apoio contratualmente vinculado ao estabelecimento.

O envio ocorrerá exclusivamente para fins diagnósticos.

2. Identificação do Laboratório de Apoio

Laboratório de apoio indicado:

Nome: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Responsável técnico: _____

3. Transporte da Amostra

Fui informado(a) de que o transporte da amostra será realizado por operador logístico regularmente constituído (Correios ou serviço equivalente), com:

- Embalagem adequada às normas sanitárias;
- Identificação técnica da amostra;
- Rastreabilidade do envio;
- Adoção de medidas para preservação da integridade do material.

O laboratório de origem é responsável pelo adequado acondicionamento e postagem da amostra.

Após a entrega ao operador logístico e emissão do respectivo código de rastreamento, a responsabilidade pelo transporte passa ao transportador, sem prejuízo do dever de acompanhamento do envio.

4. Esgotamento do Material

Fui informado(a) de que, em determinadas técnicas diagnósticas complementares, poderá ocorrer o esgotamento total ou parcial do material biológico, impossibilitando nova análise com a mesma amostra.

Autorizo a utilização integral do material, quando tecnicamente necessária à conclusão diagnóstica.

5. Proteção de Dados Pessoais

Fui informado(a) de que os dados pessoais e dados pessoais sensíveis relacionados ao exame serão tratados exclusivamente para fins assistenciais e diagnósticos, com fundamento no art. 11, II, "f" da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (tutela da saúde).

O laboratório de apoio receberá apenas as informações estritamente necessárias à realização do exame complementar.

Não haverá utilização para pesquisa científica ou finalidade comercial.

6. Ciência

Declaro que recebi as informações acima de forma clara e compreensível e que estou ciente da possibilidade de envio da amostra a laboratório de apoio, quando necessário para adequada conclusão diagnóstica.

Birigui, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome por extenso: _____