



NOME CIVIL: \_\_\_\_\_ GÊNERO BIOLÓGICO:  F  M

CPF: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ GÊNERO DE IDENTIFICAÇÃO:  F  M

CIDADE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL/CLÍNICA: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO: \_\_\_\_\_

CARTEIRINHA/SENHA: \_\_\_\_\_ VALOR:  PAGO  À PAGAR

**EXAME SOLICITADO**

<input type="checkbox"/> BIÓPSIA	<input type="checkbox"/> IMUNOHISTOQUÍMICA	<input type="checkbox"/> PAAF	Outros: _____
<input type="checkbox"/> BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO	<input type="checkbox"/> IMUNOFLUORRESCÊNCIA	<input type="checkbox"/> PCR	_____
<input type="checkbox"/> FISH/CISH	<input type="checkbox"/> MICROSCOPIA ELETRÔNICA	<input type="checkbox"/> REVISÃO DE LÂMINAS	_____

**MATERIAL/IDENTIFICAÇÃO DA PEÇA:**

**DADOS CLÍNICOS:**

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS:**

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

Nº DE FRASCOS: \_\_\_\_\_

Nº DE LÂMINAS: \_\_\_\_\_

DATA DA COLETA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA DA COLETA: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

HORA DA FIXAÇÃO: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, paciente/responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) do termo de consentimento livre e esclarecido anexado no verso e afirmo consentimento.

\_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE/CRM



- A amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, ao Laboratório de Patologia CENTRO DE DIAGNÓSTICO SANTA CLARA, localizado na rua Perobal, nº 4065 – Sala 04/05, telefone (44) 3056-5090, diretor técnico do laboratório Drª Leticia Aita CRM/PR 21624.
- Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia indicado acima.
- Fui esclarecido (a) 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 2.074/2014.
- Fui esclarecido (a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.
- Autorizo a utilização dos dados pessoais e sensíveis solicitados neste pedido para cadastro e registro no sistema de informação da instituição, que são: nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, telefone, CPF/ RG, endereço, cidade, estado, convênio, dados clínicos, identificação da peça e hipóteses diagnósticas, com a finalidade de garantir a rastreabilidade durante todo o processo, e possibilitar correlação anatomo-clínica, que é crucial para a elaboração de um diagnóstico preciso.
- Autorizo a disponibilização via WhatsApp e em seu site corporativo o laudo anatomopatológico/ citopatológico, em formato PDF (Portable Document Format), apenas para fins de leitura e/ ou impressão, objetivando otimizar o tratamento médico, eliminando a necessidade do paciente se deslocar até o laboratório para retirar o laudo.
- Autorizo o compartilhamento dos dados sensíveis que contemplam o laudo final com o médico assistente, hospital, clínica, ou operadora de saúde credenciada, caso seja solicitado.
- Fui esclarecido (a) sobre a possibilidade de solicitar a exclusão das informações pessoais que serão armazenadas após o prazo legal estipulado pela legislação vigente e adotado pela instituição de 20 anos. Estou ciente que nome completo, data de nascimento, sexo e nome da mãe são dados que não poderão ser excluídos, pois são critérios mínimos para a identificação única, exclusiva e rastreabilidade da amostra.
- Autorizo o transporte da amostra do material biológico para laboratório contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado para opinião diagnóstica e exames complementares de Imuno-histoquímica/ Imunofluorescência ou Patologia Molecular se necessário e solicitado pela médica patologista ou médico assistente.
- Confirmando que li, compreendi e concordo com todos os termos deste Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido com validade por tempo indeterminado.

#### OBSERVAÇÕES:

