

Nome Completo Paciente: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE)  
PARA TRANSPORTE 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, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento acima indicado: Laboratório de Patologia: TR LABORATÓRIO MÉDICO LTDA Endereço: Rua José Corsino, Nro. 202 - W, Centro, Tel.: (65) 3311-6700, Diretora técnica do laboratório: Thaís Fernanda Martins Gonsales CRM 6121 MT RQE 2453.

( ) - Declaro que 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 Nº 2169 de 30/10/2017 e autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima ou por meio dos laboratórios de apoio conveniados a mesma. Fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

Tangará da Serra - MT, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente/responsável: \_\_\_\_\_

1ª testemunha e responsável pela aplicação do Termo:

1) Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

2ª testemunha

2) Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

