



**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E  
CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE  
MATERIAL BIOLÓGICO – ANATOMIA  
PATOLÓGICA - BRASIL APOIO**

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: **ASSOCIAÇÃO FUNDO DE  
INCENTIVO À PESQUISA – AFIP**. Endereço: **Rua Padre Machado, 1040 – Vila Clementino  
– São Paulo/SP. Tel.: 0800 725 5017.**

Responsável técnico do laboratório: **MOACYR PEZATI RIGUEIRO**, CRM/SP: **54709**.

( ) 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 2.169/2017.

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

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

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

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

1ª testemunha (responsável pela aplicação do Termo):

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

Nº de identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª testemunha:

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

Nº de identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_