

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE E ANÁLISE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador do RG ou CPF \_\_\_\_\_ ( )paciente ( )responsável por  
\_\_\_\_\_ grau de parentesco \_\_\_\_\_,  
declaro que fui informado (a) de que a amostra do material biológico coletado para análise será encaminhada, por indicação do médico, para um laboratório credenciado ao Programa ID.

Declaro ainda que:

- 1) Fui informado (a), através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para a realização do exame em outro laboratório de minha confiança;  
( ) sim ( ) não
- 2) Fui informado de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises;  
( ) sim ( ) não
- 3) Foram me dados todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2074/2014;  
( ) sim ( ) não
- 4) Autorizo o transporte da amostra para a realização da análise para um laboratório credenciado ao Programa ID.;  
( ) sim ( ) não
- 5) Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame;  
( ) sim ( ) não
- 6) Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.  
( ) sim ( ) não

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável / Data

Responsável pela aplicação deste Termos

Médico \_\_\_\_\_/CRM \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_