

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL BIOLÓGICO A LABORATÓRIO DE ANATOMOPATOLOGIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
Nome Social (se aplicável): \_\_\_\_\_,  
Documento de Identidade nº \_\_\_\_\_, Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
na qualidade de ( ) Paciente / ( ) Responsável legal (grau de parentesco: \_\_\_\_\_),  
declaro que fui devidamente informado (a) pelo profissional de saúde responsável sobre a necessidade de encaminhamento de material biológico para realização de exame anatomopatológico, de acordo com a indicação médica.

Autorizo o Centro Médico Hospitalar (CMH) a encaminhar a minha amostra biológica ao laboratório especificado abaixo, conforme minha escolha ou indicação do profissional:

( ) CEAP – Centro Especializado de Anatomia Patológica, localizado na Rua Padre Rolim, 515 – Bairro Funcionários, Belo Horizonte – MG.

( ) Laboratório de livre escolha do paciente/responsável.

Declaro que fui esclarecido(a) quanto ao prazo estimado para emissão do laudo, que é de até 15 (quinze) dias úteis, contados a partir da data de recebimento do material pelo laboratório. Declaro ainda estar ciente de que o resultado será disponibilizado ao médico responsável pelo meu atendimento: \_\_\_\_\_.

Estou ciente de que este termo atende aos princípios da Resolução CFM nº 1.931/2009 (Código de Ética Médica), bem como às disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) – Lei nº 13.709/2018, que garante a confidencialidade e a segurança dos meus dados pessoais e de saúde.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

-----  
Assinatura do paciente/responsável legal (nome por extenso)

-----  
Assinatura do médico responsável

-----  
Assinatura e carimbo do profissional responsável pelas informações e pelo envio da amostra

## TERMO DE DESCARTE DE PEÇA ANATÔMICA

**Peça passível para descarte:** ( )SIM ( )NÃO

O descarte do material biológico/anatômico será realizado de acordo com as normas e regulamentos vigentes para o manejo de resíduos de serviços de saúde, em conformidade com a RDC ANVISA nº 222/2018 e demais legislações correlatas.

Declaro estar ciente de que toda a documentação referente ao descarte será mantida nos registros da instituição, para fins de rastreabilidade, auditoria e conformidade legal.

### Assinaturas:

Paciente/Acompanhante: \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_

Cargo do responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DE NÃO ENVIO PARA ANÁLISE

Declaro que a peça anatômica descrita abaixo não será enviada para análise pelos seguintes motivos:

- ( ) Deterioração;
- ( ) Contaminação;
- ( ) Frasco enviado sem peça anatômica.

Identificação da peça (numeração do frasco): \_\_\_\_\_

Descrição da peça anatômica: \_\_\_\_\_

Data do descarte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pelo descarte: \_\_\_\_\_

-----  
Assinatura do médico responsável