

Eu, \_\_\_\_\_,  
CI n° \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ ( ) paciente ( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que o material biológico coletado para exame será encaminhado, por indicação do médico assistente, para o Serviço de Anatomia Patológica Virchow Ltda., localizado na Av. Brasil, 1036, 5º andar, Funcionários, Belo Horizonte – MG, Telefones: (31) 3222-7304, (31) 996570002, contratualmente vinculado ao estabelecimento responsável pela coleta. • Estou ciente que tenho a opção de encaminhar/transportar pessoalmente a amostra para exame em outro laboratório. • Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para manuseio, acondicionamento e transporte do material biológico, conforme Resolução CFM n. 2169/2017. • O tempo de conclusão do laudo anatomopatológico ou citopatológico é de 07 (sete) dias úteis após a recepção da amostra no laboratório, sendo que alguns fatores podem alterar a liberação do laudo, pois cada exame é único e possui particularidades. • Ao enviar o material biológico para análise no Laboratório Virchow autorizo o tratamento dos meus dados, nos termos da Lei Nº 13.709/2018 e da Política de Privacidade e Proteção de Dados do Laboratório que pode ser acessada no endereço [www.laboratoriovirchow.com](http://www.laboratoriovirchow.com) e estou ciente de que meus dados poderão ser compartilhados nas hipóteses lá previstas. • Autorizo ainda, o envio do laudo ao médico solicitante, bem como, por SMS no número informado:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.  
DDD \_\_\_\_\_ n° celular \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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