

TERMO DE INFORMAÇÃO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO

DADOS DO PACIENTE - NOME: _____ CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NÚMERO DO CELULAR: _____

.....
EU, _____ () 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 Avenida 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 sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para manuseio, acondicionamento e transporte do material biológico, conforme Resolução CFM n. 2169/2017.
- 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.br e estou ciente de que meus dados poderão ser compartilhados nas hipóteses lá previstas.
- Estou ciente de que os “Direitos e Responsabilidades do Paciente” devem ser consultados no endereço www.laboratoriovirchow.com.br e manifesto minha concordância.
- A previsão de liberação do laudo anatomopatológico ou citopatológico é de 07 (sete) dias úteis após a recepção da amostra no laboratório. Alguns fatores podem alterar esse prazo, pois cada exame é único e possui particularidades.
- Declaro estar ciente de que o laudo anatomopatológico é um documento médico de interconsulta, destinado prioritariamente à avaliação pelo médico assistente por mim indicado, responsável por interpretá-lo no contexto do meu caso e me orientar quanto ao seu resultado, conforme o Parecer CFM nº 21/2026 e o Código de Ética Médica.
- Declaro estar ciente de que tenho o dever de consultar o laudo laboratorial, tomar conhecimento dos resultados e comunicá-los ao médico solicitante.
- Autorizo o uso do meu CPF e data de nascimento para o correto cadastro do prontuário médico e para a criação do meu login de acesso aos resultados de exames. O acesso ao resultado de exame deverá ser feito através do site www.laboratoriovirchow.com.br/resultado-online/ informando: login (CPF – somente números) e senha (data de nascimento – somente números).
- Desejo informar o contato do médico assistente de minha confiança para eventual comunicação sobre o exame. - Médico: _____ Telefone: _____

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente/responsável