



PACI LABORATÓRIO DE PATOLOGIA – CNES 9607897 – CRM/ES 3592
Rua Albano Custódio, 119, Centro – Cachoeiro de Itapemirim – ES – CEP 29.300-046
RT: Dra Laura Fregonassi Ribeiro Fraga - CRM/ES 8887 - RQE 6455
Inscrito no Programa de Incentivo e Controle de Qualidade - PICQ 11954



(28) 3015-6158 -



(28) 99258-5633



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Na condição de paciente ou representante legal, **AUTORIZO** a realização do(s) exame(s) solicitados pelo médico assistente e **DECLARO** ter sido esclarecido(a) que a base legal para a execução dos serviços laboratoriais é a tutela da saúde (art. 7º, VIII e art. 11, II, “f”, da LGPD).

Para fins de cadastro no PACI, **AUTORIZO** que o Laboratório colete os seguintes dados pessoais: número de registro de identificação do paciente (CPF, RG ou CNH), nome completo; nome social, quando aplicável; data de nascimento; sexo biológico; nome da mãe; telefone ou endereço; e nome e contato do responsável, em caso de menor de idade ou incapaz).

De igual modo, **AUTORIZO** o compartilhamento dos dados pessoais, amostra biológica, além de resultados de exames com o médico assistente, estabelecimento requisitante, operadora do plano de saúde ou autoridade sanitária, conforme o caso, para cumprimento do contrato, obrigação legal ou regulatória.

AUTORIZO o transporte e o compartilhamento da amostra para a realização de exame anatomopatológico no **PACI – LABORATÓRIO DE PATOLOGIA LTDA EPP**, inscrito no CNPJ nº 27.659.126/0001-29, com sede à Rua Albano Custódio, nº 119, Gilberto Machado, Cachoeiro de Itapemirim-ES, CEP 29.300-046, telefone (28) 3015-6158, Responsável Técnica Dra. Laura Fregonassi Ribeiro Fraga, CRM/ES 8887, RQE 6455.

Declaro que, nesta oportunidade, fui esclarecido(a) que poderia optar por pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório de minha confiança. Também fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento no manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até sua entrada no laboratório parceiro, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2.169/2017.

DECLARO que fui informado(a) e compreendi que, caso necessária opinião diagnóstica e/ou exames complementares, o PACI poderá encaminhar a amostra do meu material biológico coletado para outros laboratórios parceiros, cujo rol se encontra no site institucional (www.laboratoriopaci.com.br).

AUTORIZO que o PACI Laboratório de Patologia me contate por meio de telefone, e-mail ou mensagem de texto, para comunicação de conteúdos informativos, campanhas de marketing ou assuntos relacionados à realização do exame.

Fico ciente de que os procedimentos auxiliares para a execução do exame anatomopatológico serão compartilhados com outros profissionais da área da saúde, na forma prevista na Resolução nº 2.169/2017 do Conselho Federal de Medicina.

DECLARO que fui informado(a) e compreendi os principais pontos da Política de Direitos e Responsabilidades dos Pacientes, estando esta disponível na versão impressa na recepção do laboratório, além da versão online disponível no site www.laboratoriopaci.com.br, onde também encontro resposta de outras principais dúvidas.

IMPORTANTE: AUTORIZO que o acesso ao resultado do exame ou a retirada de blocos/lâminas seja(m) realizada(s) por:

() qualquer pessoa que apresentar documento de identificação com foto do paciente, na via original (Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Identidade ou Carteira de Trabalho).

() familiar do paciente que apresentar documento de identificação com foto do paciente, na via original (Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Identidade ou Carteira de Trabalho).

() somente o próprio paciente

() somente _____.

Caso **NÃO** deseje que o resultado do exame seja disponibilizado on-line pelo site, marque aqui ().

Declaro que **LI e COMPREENDI** os termos acima indicados e que não tenho dúvidas quanto ao presente consentimento.

Cachoeiro de Itapemirim-ES, _____.

Nome Completo do Paciente: _____ CPF: _____

Telefone: _____

Assinatura do Paciente/Representante Legal

Em caso de paciente menor de 12 (doze) anos, é **OBRIGATÓRIA A AUTORIZAÇÃO** de um dos pais ou responsável legal, em conformidade com o art. 14, § 1º da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/18).

Nome Completo do Representante Legal (se for o caso): _____

CPF: _____