



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA LABORATÓRIOS DE ANATOMOPATOLOGIA

Dr. Augusto César S. Sorage
Diretor Técnico Médico do Hospital
Unimed Costa do Sol
CRM - RJ 5254777-7



Hospital
www.unimed.coop.br/costadosol
Estr. Heroína Lima Vieira Azevedo, 73
27933-270, Glória, Macaé - RJ
T. (22) 2105-8008

Eu, _____,
Nome social _____ Documento de identidade _____,
Data de nascimento: / / () Paciente / () Responsável (grau de parentesco:
_____), autorizo o Hospital Unimed Costa do Sol a encaminhar a amostra do
meu material biológico para o laboratório abaixo sinalizado, de acordo com a orientação médica, com a
finalidade de realização de exame anatomopatológico e citopatológico (geral ou ginecológico):

() Núcleo - Medicina Diagnóstica de Macaé. Endereço: R. Vinte e Nove de Julho, 26 - Imbetiba, Macaé - RJ, 27913-270 - Telefone: (22) 2772-5268

() Thellab Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia - Rua Dr. Júlio Olivier, 444 - Centro, Macaé - RJ, 27913-161 Telefone: (22) 2762-8866

() Pathology Laboratório - Endereço: R. Dr. Francisco Portela, 272 - Centro, Macaé - RJ, 27910-200 - Telefone: (22) 2765-2694

() Laboratório de livre escolha do paciente/responsável

Por fim declaro que estou ciente que devo comparecer ao laboratório sinalizado acima ao final de 15 (quinze) dias a contar da assinatura desse termo, para a retirada do resultado do exame e encaminhamento ao médico responsável _____.

Macaé, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente/ responsável legal
(Nome por extenso)

Assinatura e carimbo do profissional
que forneceu a informação