



**Endereço:** Rua XV de Novembro, 1427, Sala 03,  
Centro – Toledo – PR. Fone: (45) 3055-2684

**Diretor Técnico:** Dr. MARCO A. PILONETTO DA SILVA  
CRMPR: 27057 – RQE: 29795

## TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA

Eu, \_\_\_\_\_, nº de  
identidade/cpf \_\_\_\_\_ ( ) paciente ( ) responsável - grau de  
parentesco \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) de que minha amostra  
de material biológico coletado para exame anatomopatológico e citopatológico  
(geral ou ginecológico) será encaminhado por indicação do médico assistente, para  
o **CPAC – Centro de Patologia e Citologia Ltda.**

### Declaro, ainda, que:

Fui orientado sobre o transporte, incluindo o correto manuseio e  
acondicionamento do material biológico e que o **CPAC – Centro de Patologia e  
Citologia LTDA** cumpre as conformidades descritas na Resolução CFM 2169/2017.

Para todos os fins, estou ciente sobre a Lei Federal N° 13.709/2018 Lei Geral de  
Proteção de Dados (LGPD) e que o **CPAC – Centro de Patologia e Citologia LTDA**  
cumpre os direitos fundamentais de liberdade e privacidade conforme descritos no Artigo  
7 na mesma lei citada.

Sendo assim, por meio deste documento, autorizo o transporte da amostra para  
a realização da análise no **CPAC – Centro de Patologia e Citologia LTDA.**

Sendo necessário, autorizo o envio do material para que o mesmo seja analisado  
por um laboratório parceiro.

(local) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Responsável pela aplicação do termo