

	Documento revisado quando necessário.	Código: FR nº 013
	FORMULÁRIO DE REGISTRO (FR)	Versão: 01
	TERMO DE CONSENTIMENTO DE ENVIO DE MATERIAIS BIOLÓGICOS PARA ANÁLISE NO LABORATÓRIO MEDICINA DIGITAL	Em vigor desde: 09/07/2024
		Página 1 de 1

TERMO DE CONSENTIMENTO DE ENVIO DE MATERIAIS BIOLÓGICOS PARA ANÁLISE NO LABORATÓRIO MEDICINA DIGITAL

Declaro que fui informado (a) de que o material biológico coletado para exames de patologia será encaminhado, por indicação do médico assistente, para o LABORATÓRIO MEDICINA DIGITAL (Responsável técnico: Dr. Antonio Carlos Kruel Pütten), localizado na rua R. Gomes Jardim, 201 1603 - Torre Norte - Santana, Porto Alegre - RS, 90620-130. Atendimento de segunda a sexta das 08h às 19h presencialmente ou pelo telefone (51) 99870-2313.

Adicionalmente, declaro ter ciência de que o tecido, órgão, peça anatômica ou prótese retirada durante o procedimento cirúrgico é propriedade do paciente, cabendo a ele decidir o destino do material biológico oriundo do procedimento, ou seja, (1) encaminhamento para exame anatomopatológico; (2) descarte; ou; (3) retirada.

Estando ciente e esclarecido das informações supracitadas, AUTORIZO o LABORATÓRIO MEDICINA DIGITAL a:

() Analisar o material biológico para exame anatomopatológico, declarando-me responsável pelas despesas decorrentes;

() Não realizar a análise do material enviado ao laboratório. Nesse caso eu, _____ me comprometo a retirar o material enviado no prazo de 30 dias a partir da data da entrada do material no laboratório.

() DESCARTAR o material enviado.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Nome do paciente: _____

Assinatura do paciente/responsável: _____

	Elaboração	Revisão	Aprovação
Nome:	Jamile Abud	Rossana Lucchesi	Dr. Antonio Carlos Kruel Pütten
Cargo:	Assessoria em Gestão da Qualidade	Gerente Adm	Responsável Técnico
Data:	09/07/2024	09/07/2024	09/07/2024