



Módulo Mama N° controle da amostra: \_\_\_\_\_

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO PARA  
TRANSPORTE, TRATAMENTO DE DADOS E ANÁLISE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
n° de identidade \_\_\_\_\_ ( ) paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco  
\_\_\_\_\_), declaro que fui informado(a) de que a amostra do material biológico coletado, por  
indicação do médico para análise, será encaminhada para um dos seguintes laboratórios abaixo:

Diagnóstika - Patologia Cirúrgica e  
Citologia  
Rua Frei Caneca, 1119 Bela Vista- São  
Paulo - SP  
Diretor técnico: Dr. Filadelfio E.Venco  
CRM: 36522

Hospital A. C. Camargo - Depto de Anatomia  
Patológica  
Rua Prof. Antônio Prudente 211 Liberdade - São  
Paulo - SP  
Diretor técnico: Dr. Fernando Augusto Soares  
CRM: 40110

Laboratório Bacchi Consultoria em  
Patologia  
R. Major Leônidas Cardoso, 739 Centro -  
Botucatu - SP  
Diretor técnico: Dr Carlos Eduardo Bacchi  
CRM: 37879

Declaro, ainda, que:

- 1) Fui informado, através de todos os esclarecimentos necessários, que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança;
  - 2) Fui informado de que minha amostra biológica será analisada exclusivamente para os fins mencionados no item 3 abaixo, limitando-se ao que for prescrito pelo médico, e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises;
  - 3) Meus dados de exame, tais como, resultado de positividade e minha localização, serão utilizados somente pela Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos para propósitos relacionados a este Programa, de maneira agregada, ou seja, sem a possibilidade de identificar-me como paciente, a fim de realizar análises que proporcionem a melhoria contínua do Programa em si, bem como para fins de busca de novas ações para a promoção do acesso à saúde;
  - 4) Foram-me dados todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade como disposto na Resolução CFM2074/2014;
  - 5) Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia descrito acima, bem como o tratamento dos dados do meu exame de maneira agregada, ou seja, de maneira que o dados que me identificam sejam mantidos de forma confidencial;
  - 6) Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.
- [ ] Confirmo ser paciente do Sistema Público de Saúde (SUS)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Responsável Pela Aplicação do Termo**

\_\_\_\_\_  
Nome Completo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Endereço:**