



Avenida Professora Ana Maria Silvestre Adade, 407- Parque das Universidades- Campinas-SP- CEP 13086-130

Telefones: (19) 3236.0111 - 3232.6185 - 3256.3797 – e-mail: sac@multipat.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Eu, abaixo qualificado, após a leitura do presente Termo de Consentimento, declaro para os devidos fins:

Nome Completo: _____

RG: _____ | CPF: _____ | Data de nascimento: ____/____/____

Endereço Completo (com CEP): _____

E-mail: _____ | Telefone: _____

1. Estou ciente e de acordo com a necessidade de envio do meu material biológico coletado para o Laboratório Multipat, para análise pelo médico patologista. O Laboratório está situado no endereço constando no cabeçalho deste formulário, em Campinas, estado de São Paulo.
2. Sobre o encaminhamento do material para o Laboratório Multipat, declaro ter sido informado que se não estivesse de acordo, teria o direito de levar minha amostra para outro laboratório de minha livre escolha.
3. Estou ciente de que minha amostra será transportada dentro das regras de boas práticas de segurança, sendo informado que as lâminas e blocos de tecido permanecerão sob guarda do Laboratório Multipat até que este tenha permissão para descartá-lo, após cumprido o período legal para sua guarda.
4. Estou ciente e de acordo com o prazo de execução dos exames que me foram informados, considerando a necessidade de processamento e análise dos materiais. Estes prazos são os menores possíveis, dentro da especialidade, sendo certo que fui informado que eventuais atrasos poderão ocorrer em razão de problemas técnicos ou pela necessidade de consultoria com outros especialistas.
5. Estou ciente de que não haverá devolução de valor nos casos onde, após o processamento técnico, a amostra se mostrar escassa ou não satisfatória para análise, em especial para testes Imunoistoquímicos e Moleculares.
6. Estou ciente que os exames anatomopatológicos, citopatológicos, imunoistoquímicos, de imunofluorescência, peroperatórios ou moleculares são cobrados separadamente dos outros procedimentos que realizei no Hospital ou Clínica, e, caso o convênio não aceite a cobertura destes exames, **declaro ser responsável pelo seu**

pagamento ou retirada das amostras do Laboratório Multipat para dar o destino que desejar ao material.

7. Para os fins da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), neste ato, manifesto meu consentimento livre e expresso para o tratamento de meus dados pessoais (inclusive sensíveis), nos termos do artigo 7º, I, da referida legislação, pelo médico desta Clínica/Hospital, responsável por esta solicitação, na qualidade de controlador, podendo compartilhar tais dados com o Laboratório Multipat.

8. Por meio do presente Termo, autorizo o Laboratório Multipat a tratar meus dados pessoais (inclusive sensíveis), na qualidade de controlador, bem como compartilhá-los com o médico solicitante e com o plano de saúde, para fins de processamento de pagamento.

9. Declaro, por fim, ter plena ciência de que os dados serão tratados e mantidos em arquivo pelo prazo legal de guarda de documentos e exames médicos.

10. O presente consentimento livre e expresso poderá ser revogado a qualquer momento, devendo, para tanto, ser comunicado expressamente o controlador dos dados acima indicado, por meio de carta, e-mail ou outro canal de comunicação disponibilizado pelo controlador de dados.

11. No caso de paciente menor de idade ou incapacitado a dar este consentimento, o presente termo será assinado pelo responsável legal.

Campinas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA