

NOME DO PACIENTE: _____

RG: _____

CPF: _____

END: _____

TEL: () _____

Nº EXAME: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

Eu, _____, **AUTORIZO** para os devidos fins de direito, o terceiro de nome:

(nome do paciente)

_____, RG do terceiro: _____, CPF do terceiro:

_____, endereço do terceiro: _____

_____ e telefone do terceiro: _____, a retirar meu material referente

ao exame nº _____, que foi depositado no dia ____/____/____, na Micro - Centro Diagnóstico.

Após essa autorização, a Micro entregará o material ao terceiro autorizado pelo paciente, em até 15 dias úteis. No caso de retirada de material por terceiro, este deverá apresentar esta autorização assinada pelo paciente, documento original (somente original) do paciente e documentode identificação do terceiro, obrigando-se o uso de Termo de Consentimento para cessão do material. O não preenchimento do acima solicitado implica no impedimento da retirada do material por terceiros.

A partir da retirada do material, passo a ser responsável pela guarda, manutenção e destino do mesmo. Estou ciente também que a Micro, bem como seus responsáveis legais e técnicos não serão responsabilizados, em hipótese alguma, pelo material entregue ao terceiro autorizado. Declaro ainda que fui informado que para evitar perdas ou outros danos, devo zelar pelas amostras, as quais podem se quebrar com impactos ou se danificar com o calor. Desta forma, devo promover a transferência imediata das amostras para o Laboratório de destino.

Resolução do CFM nº 1472/97: blocos e lâminas devem ser mantidos em arquivo por 05 (cinco) anos no serviço ou entregues ao paciente, ou seu responsável legal, devidamente orientados quanto a sua conservação e, mediante comprovante que deverá ser arquivado durante o período acima mencionado. Considerando os dispositivos legais vigentes, a Sociedade Brasileira de Patologia recomenda que, no prazo legalmente estabelecido para a guarda de blocos e lâminas histológicas, estes só poderão ser retirados do Laboratório de Patologia pelo paciente, seu responsável legal ou o médico assistente, devidamente autorizados.

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL: Constituição Federal/88 (arts. 6º e 196); Lei Nº 8.078/90; Resolução CFM Nº. 2.169/2017; Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.853/2019.

_____ - Bahia, ____/____/____

Assinatura do paciente / responsável

MICRO - SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA LTDA



Unidade Otávio Santos - Unidade Hospital Samur - Unidade Hospital IBR -
Unidade Medical Center - Unidade Hospital São José (Ilhéus)



(77) 2101-2353 - atendimento@microdiagnostico.com.br - www.microdiagnostico.com.br - @microdiagnostico