

## DECLARAÇÃO DE TRANSPORTE

Declaramos para os devidos fins, que estamos transportando através da Empresa **LCT DO BRASIL**, os materiais abaixo descritos, somente para Análises/Diagnósticos Laboratoriais, sem fins comerciais; e para Fleury S.A., abaixo qualificada e empresa isenta de Inscrição Estadual nos termos da legislação vigente, motivos pelos quais o transporte de tais materiais não se sujeita à emissão de Nota Fiscal. Materiais estes que se destinam à Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo.

Declaramos que o produto está adequadamente acondicionado para suportar os riscos normais das etapas necessárias a uma operação de transporte e que atende a regulamentação em vigor. (Alterado pela Resolução ANTT n.º 701, de 25/8/04) e (Alterado pela Resolução ANTT n.º 1644, de 29/12/06)

O acondicionamento do produto está adequado para todas as etapas da operação de transporte, sendo, de carregamento, descarregamento e transporte. (Alterado pela Resolução ANTT n.º 1644, de 29/12/06).

### CLASSIFICAÇÃO DO PRODUTO:

“Espécime para Diagnóstico - CATEGORIA B, classe de risco 6, subclasse 6.2, UN 3373”

### EMBALAGEM:

Conforme Instrução 650 para Embalagem - DGR IATA 2023

### CONTEÚDO:

MATERIAL	QUANTIDADE DE TUBOS	PESO TOTAL (em gramas)	VOLUME TOTAL (em ml)
Sangue (EDTA)			
Soro / Plasma (alíquota)			
Urina (cristal)			
Fezes			
Liquor (alíquota)			
Medula (EDTA)			
Peça para Anátomo Patológico			
Lâminas (com porta lâmina)			
Líquidos biológicos (lavados)			
Swabs (alíquota)			
Cell-Free DNA BCT/ STRECK		-	

### Quantidade de saquinhos por TEMPERATURA:

Ambiente ( ) Refrigerado ( ) Congelado ( )

### FINALIDADE:

Análises/Diagnósticos Laboratoriais

### VALOR:

Sem valor comercial

<b>REMETENTE:</b> <b>Identificação:</b> <b>Endereço completo:</b> <b>CEP:</b> <b>CNPJ/CPF:</b> <b>Telefone para contato:</b>	<b>DESTINATÁRIO: Grupo Fleury S. A.</b> <b>Rua Cel. Conrado Siqueira Campos, 25 - 1º and.</b> <b>Jd das Acácias</b> <b>CEP: 04704-140</b> <b>CNPJ: 60.840.055/0001-31</b> <b>Telefone para contato: (11) 3003-5001</b>
---	---

Firmo o presente e assumo a responsabilidade pelas informações aqui descritas.



## FICHA DE EMERGÊNCIA

**Nome Adequado para o Embarque:**  
ESPÉCIMES PARA DIAGNÓSTICO

**Número de Risco:** 606  
**Número da ONU:** 3373  
**Classe ou Subclasse de risco:** 6.2  
**Descrição da Classe ou Subclasse de risco:** Substância Infectante  
**Grupo de Embalagem:** P 650

FLEURY S/A

**Grupo Fleury S. A.**  
**Rua Cel. Conrado Siqueira**  
**Campos, 25 - 1º and. Jd das**  
**Acácias**  
**SP – São Paulo**  
**CEP: 04344-010**  
**TELEFONE:** 0800 775 5770

**ASPECTO:** Material líquido ou semissólido potencialmente infectante: soro, plasma, sangue, fezes, urina.  
Não existe incompatibilidade química.

**EPI de uso exclusivo para a equipe de atendimento à emergência:** Capacete de segurança; luvas de segurança de material compatível com o(s) produto(s) transportado(s); óculos de segurança contra respingos de produtos químicos, tipo ampla visão. O EPI do motorista está especificado na ABNT NBR 9735.

### RISCOS

**FOGO:** Não inflamável e não oferece risco quando submetido a condições externas e extremas de calor.

**SAÚDE:** Há risco de contaminação com vírus, bactérias ou fungos apenas em caso de manuseio inadequado do material e se EPIs não forem utilizados.

**MEIO AMBIENTE:** Pode contaminar o meio ambiente tornando a água imprópria para consumo.

### EM CASO DE ACIDENTE

**VAZAMENTO:** Use o Kit de emergência e isole a área (veículo e carga). Não toque no produto derramado. Use areia ou terra para impedir que o líquido se espalhe. Recolha o material contaminado em sacos plásticos e contêineres para posterior descarte. Lave o local com água e substância desinfetante. Evite o despejo nos sistemas de águas pluviais (se isso ocorrer avise as autoridades públicas competentes). Utilize equipamentos de proteção individual (EPI) sendo, protetor respiratório com filtro, luvas de PVC, óculos de ampla visão, capacete, avental de PVC, botas de borracha.

**FOGO:** Produto não inflamável. Conter o fogo no veículo ou embalagem. Use os extintores de incêndio de Pó Químico e água pressurizada. Isole a área e proceda à extinção das chamas. Se as chamas atingirem grandes proporções, mantenha o isolamento da área e chame o corpo de bombeiro (193).

**POLUIÇÃO:** Evite o derrame do produto nas galerias de águas pluviais. Ocorrendo o derrame notifique as autoridades competentes. Defesa Civil – 199.

**ENVOLVIMENTO DE PESSOAS:** Em caso de contato direto com a pele, lave com água e sabão. Se os olhos forem atingidos, lave-os com água corrente durante pelo menos 10 minutos. Obtenha assistência médica, não dê nada via oral para uma pessoa inconsciente.

**INFORMAÇÕES AO MÉDICO:** O tempo de observação ficará a critério médico e dependerá do tipo de exposição. Certifique-se de que a equipe médica está ciente dos riscos do material e que tomaram as medidas adequadas.

**OBSERVAÇÕES:** As instruções ao motorista, em caso de emergência, encontram-se descritas exclusivamente no envelope para transporte.

#### Telefones de emergência:

Defesa Civil – nº 199  
Bombeiros – nº 193  
Polícia Militar – nº 190  
Polícia Rodoviária Federal – nº 191  
CETESB – nº 0800 11 3560  
Central de Segurança Grupo Fleury: 0800 775 5770



## TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE E ANÁLISE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Eu, \_\_\_\_\_ portador do CPF \_\_\_\_\_

(  ) paciente / (  ) responsável ( grau de parentesco: \_\_\_\_\_ ), declaro que fui informado(a)

de que o material biológico coletado para análise será encaminhado, por indicação do médico, para laboratório credenciado ao Programa ID.

### Declaro, ainda, que:

**1.** Fui informado(a) de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises, estando ciente ainda de que, exclusivamente as informações obtidas por meio dos exames realizados, excluindo-se meus dados pessoais de identificação, poderão ser utilizadas para avaliações científicas e estatísticas, incluindo publicações:

(  ) SIM (  ) NÃO

**2.** 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 Análises Clínicas, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2.169/2017:

(  ) SIM (  ) NÃO

**3.** Autorizo o transporte da amostra para a realização da análise para um laboratório credenciado ao Programa ID, no Brasil e no exterior:

(  ) SIM (  ) NÃO

**4.** Caso a amostra biológica esteja em posse de outro laboratório (indicado abaixo), autorizo sua retirada e transporte por portador relacionado a logística do Programa ID:

(  ) SIM (  ) NÃO (  ) Não se aplica

**Nome do laboratório:** Micro – Centro Diagnóstico.

**Logradouro (Rua; Av.; Praça; etc.):** Avenida Otávio Santos, nº 309.

**Bairro:** Centro. **Cidade:** Vitória da Conquista – Bahia. **CEP:** 45020-750.

**5.** Autorizo o compartilhamento dos meus dados pessoais (nome, sexo, CPF, data de nascimento, telefone, e-mail, dados de saúde e resultado do exame) com prestadores de serviços autorizados pela AstraZeneca, no Brasil e no exterior, com a finalidade de cumprir os requisitos do Programa ID:

(  ) SIM (  ) NÃO

**6.** Autorizo, caso necessário, o esgotamento do material biológico na tentativa da realização do exame: (  ) SIM (  ) NÃO (  ) Não se aplica

**7.** Autorizo, caso necessário, que um segundo exame seja proposto pelo médico em caso de falha na análise do meu material, seguindo as regras que estão descritas no Regulamento do Programa ID, AstraZeneca:

(  ) SIM (  ) NÃO (  ) Não se aplica

**8.** Autorizo que o resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise:

(  ) SIM (  ) NÃO

**9.** Meu médico explicou e esclareceu o todas as regras do Regulamento do Programa de Suporte ao Diagnóstico da AstraZeneca:

(  ) SIM (  ) NÃO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente ou Responsável Legal\***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do Médico (que aplicou o termo)**

# Termo de esclarecimento, informação e consentimento para transporte e análise de amostra de material biológico ("Termo")

## Dados obrigatórios do paciente (informamos que sem esses dados o exame não será realizado)

NOME DO PACIENTE:		
DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE (PACIENTE):	CPF (PACIENTE):
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL (SE APLICÁVEL):		RG OU CPF DO RESPONSÁVEL LEGAL (SE APLICÁVEL):
MÉDICO SOLICITANTE:	NÚMERO DO CRM:	UF CRM:

### Declaro que:

- Fui informado(a) de que o material biológico coletado para análise será encaminhado, por indicação do médico, para o laboratório credenciado a um dos Programas de Diagnóstico das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping ("Programas"), com a finalidade única e exclusiva de proporcionar maior agilidade na identificação de possíveis mutações genéticas, através do exame de Oncofoco + PD-L1, e possibilitar mais informações para escolha do tratamento para pacientes com câncer de pulmão adenocarcinoma não pequenas células metastático ou localmente avançado.
- Fui informado(a) de que os **Programas são gratuitos** e têm por objetivo apoiar o diagnóstico de determinadas patologias, aumentando o acesso de pacientes à saúde em todo o Brasil.
- Fui informado(a) de que meu cadastro no **Programa sinalizado abaixo**, de uma das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping, será realizado por meio da assinatura deste Termo, que será enviado à empresa responsável pelo **Programa** pelo meu médico ou profissional de sua equipe.

### Programas de diagnósticos participantes do consórcio Lung Mapping:

AstraZeneca (Programa ID); Pfizer Brasil (Programa Cuidar Mais Diagnóstico de Precisão), Roche (Programa Roche Testing).

Cuidar Mais (Pfizer)  Programa ID (Astrazeneca)  Roche Testing (Roche)

- Fui informado(a) de que, apesar de serem disponibilizados por empresas distintas, os **Programas** acima mencionados têm as mesmas regras de participação no âmbito do Consórcio Lung Mapping, para o auxílio ao diagnóstico de câncer de pulmão adenocarcinoma não pequenas células metastático ou localmente avançado. Os **Programas** são operacionalizados por empresas distintas ("Operadoras") e os testes de diagnóstico são realizados por laboratórios credenciados ao Consórcio Lung Mapping.
- Fui informado(a) de que minha amostra biológica não será analisada para outros fins, que estejam além do que for prescrito pelo médico e que será mantida a confidencialidade sobre meus dados pessoais e resultados das análises, estando ciente ainda de que, exclusivamente as informações obtidas por meio dos exames realizados, excluindo-se meus dados pessoais de identificação, poderão ser utilizadas para avaliações científicas e estatísticas, incluindo publicações.
- Fui informado(a) de que todos os esclarecimentos necessários sobre os cuidados tomados pelo operador logístico para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Análises Clínicas estão em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 2.169/2017.

### Autorizo, desde já, que:

- O transporte da amostra para a realização da análise seja feito para um laboratório credenciado aos **Programas** das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping no Brasil.
- A retirada e o transporte sejam realizados por portador relacionado à logística de um dos **Programas** das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping, caso a amostra biológica esteja em posse de outro laboratório (indicado abaixo):

NOME DO LABORATÓRIO:	
LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, PRAÇA ETC.):	
NÚMERO:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	
CIDADE + UF:	CEP:

- Caso necessário, ocorrerá o esgotamento do material biológico (utilização da íntegra do material), na tentativa da realização do exame.
- O resultado seja encaminhado ao médico que solicitou a análise.
- Caso a análise tecidual tenha falha (seja por qualidade inadequada do material ou quantidade de amostra insuficiente) ou tenha seu resultado inconclusivo, a realização do exame de biópsia líquida seja agendado pelo laboratório parceiro. Nos casos de nova coleta de material para a realização de biópsia líquida, o médico solicitante deverá estar de ciente, tanto da coleta quanto da realização do exame.

### Documentação obrigatória para execução do exame:

- Este Termo, completamente preenchido, datado e assinado;
- Pedido médico assinado e carimbado, que contenha a declaração de elegibilidade do paciente;
- Laudo do exame anatomopatológico comprovando a elegibilidade do paciente;
- Caso o laudo anatomopatológico não comprove a elegibilidade do paciente, enviar laudo imuno-histoquímico;
- Termo de transporte da amostra (exclusivo da parceira).

Sem a documentação completa, a realização do exame não será possível no âmbito dos **Programas** das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping.

### Estou ciente e concordo que:

- Todo o tratamento dos meus dados pessoais, **inclusive dados de saúde (dados sensíveis)**, será realizado pela respectiva Operadora dos Programas de Diagnóstico, em nome e de acordo com as instruções das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping, conforme descrito na Política de Privacidade de cada uma das Operadoras dos **Programas**, disponíveis nos sites indicados abaixo:

**Cuidar Mais** – Pfizer: [www.cuidarmaispfizer.com.br/privacidade](http://www.cuidarmaispfizer.com.br/privacidade)

**Programa ID** – Astrazeneca: [www.programaid.com.br](http://www.programaid.com.br)

**Roche Testing** – Roche: [www.roche.com.br/Aviso\\_legal](http://www.roche.com.br/Aviso_legal)

- As empresas participantes do Consórcio Lung Mapping e de seus respectivos **Programas**, inclusive as Operadoras, darão aos meus dados pessoais tratamento confidencial e não divulgarão meus dados a terceiros não parceiros, exceto nas hipóteses descritas na Política de Privacidade de cada um dos **Programas**. Reconheço também que meus dados pessoais não serão objeto de pesquisa clínica, nem pesquisa de mercado ou com qualquer fim comercial.
- As empresas participantes do Consórcio Lung Mapping poderão **anonimizar** meus dados pessoais e utilizá-los anonimizados para finalidades posteriores, como estudos e publicações científicas. **Dados anonimizados não são capazes, em hipótese nenhuma, de identificar-me direta ou indiretamente, não sendo considerados dados pessoais.**
- As empresas participantes do Consórcio Lung Mapping poderão alterar ou interromper os respectivos **Programas** de diagnóstico a qualquer momento, sem aviso prévio, bem como que a minha participação nos **Programas** se limita à realização dos exames incluídos no **Programa** mencionado neste termo, e que essa participação não abrangerá outros serviços ou produtos, nenhum outro exame ou medicamento.

Por fim, **DECLARO**, para todos os efeitos, que estou ciente da obrigação de agir de acordo com as orientações e prescrição do meu médico sob qualquer circunstância, não sendo de responsabilidade das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping, ou qualquer empresa vinculada ao atendimento dos respectivos **Programas**, danos e/ou prejuízos decorrentes do não cumprimento por mim das orientações de meu médico.

Eventuais dúvidas em relação a este Termo ou aos **Programas** das empresas participantes do consórcio Lung Mapping serão sanadas através dos seguintes contatos:

**Programa Cuidar Mais Diagnóstico de Precisão** – Pfizer: 0800 942 3120

**Programa ID** – AstraZeneca: 0800 000 5454

**Programa Roche Testing** – Roche: 0800 777 22 77

CONFIRMO que li, CONSINTO com o presente Termo e DECLARO ter ciência de que este Termo será arquivado pelas empresas participantes do consórcio Lung Mapping e pelo laboratório parceiro pelo prazo prescricional aplicável, para o caso de eventual necessidade do documento.

REAFIRMO que tenho ciência de que sem a documentação completa, a realização do exame não será possível no âmbito dos Programas das empresas participantes do Consórcio Lung Mapping.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL:	DATA:
ASSINATURA DO MÉDICO:	DATA: