

Nome da Clínica: _____

Médico Solicitante: _____

Eu, _____,
nº de identidade/CPF _____ () paciente ou
() responsável (grau de parentesco _____), declaro para
os devidos fins que estou ciente e de acordo com o envio da amostra do material
biológico coletado para realização do exame complementar aos serviços de:

Para exames de imunohistoquímica para o(s) prestador(es) de serviços abaixo:

- () 1- APC Laboratório, situado na Rua Av. Rebouças, 1104, CJ 14, Jardim Paulista,
São Paulo – SP. CEP:05402-000, cujo RT é o Dr. Roberto Falzoni CRM-SP
40.173 e/ou
- () 2- Laboratório Bacchi, situado na rua Major Leônidas Cardoso 739 Centro,
Botucatu, São Paulo, CEP: 18602-010, Cujo RT é o Dr. Carlos Eduardo Bacchi
CRM CRM 37879 SP - RQE 56314

E para exames de Captura Híbrida será enviado para:

- () Laboratório IPOG, Rua Dr. Bacelar, 231, CJ 97/98, Vila Clementino, São Paulo –
SP. CEP: 04026-000 cujo RT é Dra. Julianne Leite da Cunha CRBM: 25722.

Declaro que:

() Fui esclarecido(a) e estou ciente que é necessário o transporte da amostra, a qual
seguirá viagem para cidade de São Paulo-SP via transportadora, correndo o risco de
avarias ou perda da amostra.

() Não estando de acordo, informar o Laboratório de Anatomia Patológica e Citologia
do Oeste LTDA o qual, dará início ao processo de devolução dos blocos e lâminas
para que o paciente ou a clínica encaminhe para seu laboratório de preferência.

() Autorizo o transporte da amostra para realização dos exames necessários ao
laboratório mencionado acima, cujo prazo de liberação dos laudos é de 15 dias úteis.

_____, _____ De _____ 20____.

Assinatura do paciente/responsável

OBS: É obrigatório o preenchimento desse documento para o envio de amostras para
exames de Imunohistoquímica e de Captura Híbrida.