

**ANATOMED****REQUISIÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO**Dr. Ulisses Frederique Júnior
CREMESP 15.535Dr. Maurício Chierici Lopes
CREMESP 46.439Dra. Andrea Ap. Fassoni
CREMESP 53.585Dr. Cleverson Teixeira Soares
CREMESP 77.237Dr. Thiago Barreto Frederique
CREMESP 126.043Dra. Jéssica A. T. Cursi
CREMESP 178.244Dra. Natália Siveira Virgili
CREMESP 197.766

Nome da Clínica _____

(obrigatório nome da clínica ou carimbo)

Número do exame:
(preenchimento exclusivo do laboratório)

Nome: _____

Gênero: F ☐ M ☐ DN: ____/____/____ Telefone (s): () _____ () _____

Convênio: _____ Número da carteirinha: _____

RG: _____ CPF: _____ Nº de frascos: 1 () 2 () 3 () 4 () ____ ()

Nome da Mãe: _____

Médico Requisitante: _____

NATUREZA DO MATERIAL: _____

RESUMO CLÍNICO: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

Data e Hora da Coleta
(preenchimento obrigatório)Assin. Médico e CRM ou
Assin. e CarimboData de entrada
(preenchimento exclusivo do laboratório)**TERMO DE ESCLARECIMENTO, INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO PARA TRANSPORTE DE AMOSTRA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Eu, _____, nº de identidade _____ () paciente () responsável declaro que fui informado de que a amostra do material biológico coletado para exame anatomopatológico será encaminhada, por indicação do médico assistente, para laboratório de Patologia deste município/estado, contratualmente vinculado ao estabelecimento abaixo indicado

Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia de Bauru Ltda. - ANATOMED**Endereço: Rua Gerson França, Nº 17-60 - JD. Estoril II - Bauru-SP - CEP: 17016-000 - Telefone: (14) 3234-7713****www.anatomed.com.br****Responsável Técnico do Laboratório: Dra. Andrea Ap. Fassoni - CRM 53.585**

() Fui esclarecido sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução (CFM 2169/2017)

() Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no Laboratório de Patologia assinalado acima.

() Fui esclarecido(a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança.

Bauru, ____ de ____.

Assinatura do paciente/responsável: _____