Eu, _____, inscrito(a) no CPF n° _____, na qualidade de PACIENTE ou RESPONSÁVEL, declaro que autorizo o envio de material para realização de exame anátomo patológico para o **Laboratório PC&C – Patologia Cirúrgica e Citopatologia** e seus parceiros, bem como meus dados pessoais (nome, CPF, data de nascimento, convênio e dados do convênio). Declaro ainda que o médico responsável pela coleta e solicitação do exame está ciente da minha livre escolha, sendo eu assumo a responsabilidade daí advinda.

Informo que fui esclarecido que, o Artigo 73 do C.E.M. veda ao médico "revelar fato que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente". Esse procedimento tem o objetivo de resguardar o sigilo dos dados arquivados.

Campinas/SP, _____ de _____ de 20_____.

_____

Assinatura do Paciente ou Responsável