

# INGOH

INGOH - Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

TOMBO 189 / HMI  
VISTO Rote  
DATA 16 / 01 / 2018

## CONTRATO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

**CONTRATANTE:** INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº 11.858.5701/0002-14, com sede Av. Perimetral,s/n, qd 37 lote 14,sala 101 Setor Coimbra, CEP: 74.530-020 Goiânia – doravante designado **CONTRATANTE** com atendimento aos usuários do **HOSPITAL MATERNO INFANTIL – HMI**.

**CONTRATADA:** INGOH - INSTITUTO GOIANO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 012.775.730.001-20, com sede na Rua 87, Nº 598, Setor Sul, CEP: 74093-300, Goiânia, Goiás, doravante designado **CONTRATADA**.

As partes acima identificadas têm, entre si, justas e acertadas, o presente Contrato de Prestação de Serviços Laboratoriais, que se regerá pelas cláusulas e condições descritas no presente instrumento.

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

A CONTRATADA é empresa de prestação de serviços laboratoriais especializados em Anatomia Patológica e Citopatologia e, pelo presente instrumento, obriga-se a realizar exames de biópsias (anátomo-patológico), citologia de secreções corpóreas, Imuno-histoquímica e congelação pré-oepratória.

**Parágrafo único:** A CONTRATADA prestará os serviços constante do “caput” desta cláusula sem qualquer exclusividade, desempenhando atividades para terceiros em geral, desde que não haja conflito de interesses com o pactuado no presente contrato.

### Cláusula 2ª – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços acima mencionados serão prestados pela CONTRATADA através de seus empregados/prepostos, sob sua única e exclusiva responsabilidade, nas dependências do INGOH / Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia.

**Parágrafo Primeiro:** Os serviços prestados somente serão realizados pela **CONTRATADA** na sede da mesma, não devendo, em hipótese alguma, ser realizados na sede da **CONTRATANTE**.

GOIÂNIA: Rua 87, nº 598 – St. Sul CEP: 74.093-300 ANÁPOLIS: Av. Sen. José L. Dias, 523, Centro CALDAS NOVAS: Av. A, 1.235, Estância Itajá

Fone: (062) 3226-0200 FAX: (062) 281-5301

Fone: (062) 3324-9304

Fone: (062) 3453-4663

www.ingoh.com.br



INGOH . Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

**Parágrafo Segundo:** A coleta do material a ser examinado será diária, em horário a ser definido, na sede da **CONTRATANTE HOSPITAL MATERNO INFANTIL**, na Av. Perimetral – Setor Oeste, Goiânia – GO – 74125-120

**Parágrafo Terceiro:** Os resultados dos exames serão entregues, no prazo estimado de **05 dias úteis** para os casos de rotina; de **48 horas** para os casos de urgência quando solicitado com antecedência, **5 a 7 dias úteis** para exame de Imuno-histoquímica, **5 dias úteis** para exames de citologia pelas vias Online (via site do laboratório).

### **Cláusula 3ª – DAS OBRIGAÇÕES**

As partes possuem a obrigação geral de lealdade e boa-fé contratual, além daquelas específicas, nos termos dos parágrafos a seguir.

#### **Parágrafo primeiro: São obrigações exclusivas da CONTRATADA:**

- a) Prestar os serviços contratados na forma e nos moldes ajustados, dentro dos requisitos e especificações técnicas aplicáveis à espécie, visando total adequação às normas vigentes e dando plena garantia dos mesmos;
- b) Executar os serviços contratados utilizando a melhor técnica e empregando seus leais esforços, visando sempre atingir os melhores resultados, sendo-lhe, ainda, vedada a transferência para terceiros, sem prévia e expressa concordância do CONTRATANTE;
- c) Utilizar as informações e/ou documentos concedidos pelo CONTRATANTE somente para as atividades aqui estipuladas, mantendo sigilo sobre os dados decorrentes da consecução do contrato, salvo autorização do CONTRATANTE em sentido contrário;
- d) O pagamento da remuneração de seus empregados/prepostos, sendo responsável por todos e quaisquer ônus e encargos decorrentes da legislação trabalhista, fiscal e previdenciária, além dos impostos, taxas, obrigações, despesas e afins, que venham a ser reclamados ou tornados obrigatórios em decorrência das obrigações assumidas neste contrato;
- e) A responsabilidade única e exclusiva por qualquer espécie de indenização pleiteada por seus empregados/prepostos, principalmente no tocante a reclamações trabalhistas e acidentes do trabalho;
- f) O cumprimento de todas as determinações impostas pelas autoridades públicas competentes, relativas aos serviços aqui contratados, bem como o pagamento de todos os tributos federais, estaduais e municipais que incidam ou venham a incidir sobre os mesmos;

GOIÂNIA: Rua 87, nº 598 – St. Sul CEP: 74.093-300 ANÁPOLIS: Av. Sen. José L. Dias, 523, Centro CALDAS NOVAS: Av. A, 1.235, Estância Itajá

Fone: (062) 3226-0200 FAX: (062) 281-5301

Fone: (062) 3324-9304

Fone: (062) 3453-4663

www.ingoh.com.br



INGOH . Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

g) A total responsabilidade pelas despesas decorrentes dos serviços ora contratados, seja por exigência legal ou em decorrência da necessidade dos serviços, nada podendo ser cobrado ou exigido do contratante, desde que não haja qualquer outra expressa previsão contratual em contrário.

**Parágrafo segundo: São obrigações exclusivas do CONTRATANTE:**

- a) efetuar o pagamento a **CONTRATADA**, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste contrato.
- b) comunicar a **CONTRATADA** sobre as reclamações e insatisfações quanto à qualidade, eficiência e agilidade dos serviços contratados;
- c) propiciar todas as condições para o bom desempenho dos serviços contratados;
- d) fornecer à **CONTRATADA** toda a documentação e informação clínica complementar necessária para garantir a execução dos exames de maneira criteriosa, sendo estas as principais e essenciais:

- nome do paciente sem abreviações e data de nascimento.
- gênero (M/F)
- código da internação ou prontuário
- nome da mãe do paciente
- Informação sobre o material a ser examinado
- Data
- História da doença atual
- Procedimento executado
- Hipótese diagnóstica
- Qual exame solicitado (anátomo, citologia, imuno-histoquímica).
- Pedido médico original, legível, com nome do médico assistente e número do CRM
- Frascos devidamente identificados com nome paciente e data de nascimento.
- Exames de imagem (Raio-X, Tomografia ou Ressonância) nos casos de espécimes biológicos de osso, quando solicitada para avaliação histológica.
- Revisão de lâmina e imuno-histoquímica quando enviados para exames deverão vir acompanhados de cópia do laudo da biópsia anterior, bloco e lâmina (**obs.: os blocos e lâminas enviados deverão conter duas identificações: iniciais do nome do paciente e nº da biópsia**) quando a biópsia tiver sido realizada em outro serviço.
- Solicitação de exames padrão do laboratório.
- Data e hora da coleta do material.
- Termo de consentimento e transporte de amostras.



INGOH . Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

- Segue em anexo manual do cliente.

f) zelar para que os serviços ora contratados sejam executados com diligência e perfeição, cumprindo rigorosamente as normas pertinentes e o estabelecido neste contrato.

g) permitir o acesso do (s) empregados da **CONTRATADA** às suas instalações, quando em serviço, de acordo com as normas de segurança.

**Parágrafo terceiro:** As responsabilidades profissionais, cíveis e criminais da **CONTRATADA** ficam limitadas aos atos praticados por esta, e somente após o início da prestação dos serviços ora acertados. Além disso, não responde por informações, declarações ou documentações inidôneas que lhes forem apresentadas pelo **CONTRATANTE**.

#### **Cláusula 4ª – DO VALOR DOS SERVIÇOS**

O valor dos exames objeto do presente contrato, será conforme o **ANEXO I**, parte integrante deste instrumento, incluindo todos os custos relacionados com despesas decorrentes de exigência legal e condições de gestão deste Contrato.

**Parágrafo primeiro:** A prática de desmembramento de exames por regiões topográficas biopsiadas, será realizada conforme preconizado pela CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) última atualização vigente.

**Parágrafo segundo:** O desmembramento de exames, referido no parágrafo primeiro, da presente cláusula, bem como os valores dos procedimentos diagnósticos, aqui denominados simplesmente "exames", estão detalhadamente descritos no **ANEXO I** do presente contrato.

**Parágrafo terceiro:** A remuneração pelos serviços contratados inclui todos os encargos trabalhistas, sociais, previdenciários, securitários e outros não nominados, além de gastos e despesas relativos ao exercício dos serviços contratados, por mais especiais que sejam, nada mais sendo devido pelo contratante à contratada, a qualquer título.



INGOH . Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

#### Cláusula 5ª – DO PAGAMENTO DOS SERVIÇOS

Na ausência de condição mais benéfica, o pagamento dos serviços prestados será efetuado mensalmente pela **CONTRATANTE**, mediante crédito bancário em conta bancária de

titularidade da **CONTRATADA** todo dia 20 (vinte) do mês subsequente ao início da prestação dos serviços.

Banco	Agência	Conta Corrente
Banco do Brasil	3388-x	113719-0

**Parágrafo primeiro:** A **CONTRATADA** deverá apresentar mensalmente o relatório/fatura dos exames que foram realizados até o 5º (quinto) dia do mês subsequente a prestação dos serviços, para conferência por parte da **CONTRATANTE** e assim autorizar a emissão da nota fiscal.

**Parágrafo segundo:** A nota fiscal deverá ser acompanhada de certidões que comprovem regularidade fiscal da **CONTRATADA** em âmbito Federal, Estadual e municipal, Justiça do Trabalho, além de certidões que comprovem regularidade relativas à FGTS e INSS.

#### Cláusula 6ª – DA VIGÊNCIA

O presente contrato vigorará pelo período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura, podendo ser prorrogado por períodos iguais e sucessivos mediante aditivo.

**Parágrafo único:** Havendo prorrogação do presente contrato, seja ela tácita ou expressa, os valores ora estipulados e constantes da Cláusula 4ª e do Anexo I só serão alterados mediante acordo entre as partes, ressalvando-se a atualização monetária pelo IGPM na data da respectiva prorrogação.

#### Cláusula 7ª – DA SUSPENSÃO DO CONTRATO

Qualquer das partes poderá rescindir unilateralmente, de pleno direito o presente contrato, a qualquer tempo, independente de notificação ou interpelação judicial ou extrajudicial, sem que assista a outra parte qualquer direito a reclamação ou indenização, desde que comu-

# INGOH

INGOH - Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

nicado por escrito com 30 (trinta) dias de antecedência, ressalvando o pagamento de serviços já prestados.

**Parágrafo único:** O presente contrato também será rescindido de pleno direito nos seguintes casos:

- a) Por insolvência, impetração ou solicitação de concordata ou falência da **CONTRATADA** ou **CONTRATANTE**.
- b) O não cumprimento de qualquer obrigação da **CONTRATADA** para com o **CONTRATANTE** ou do **CONTRATANTE COM A CONTRATADA**;
- c) inadimplemento contratual.

## Cláusula 8ª – DAS CONDIÇÕES GERAIS

As cláusulas e condições estabelecidas neste contrato poderão ser alteradas a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, através de Termo Aditivo de Contrato.

**Parágrafo primeiro:** O presente contrato não estabelece entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADA** qualquer forma de sociedade, associação, responsabilidade solidária ou conjunta, ou, ainda, vínculo empregatício.

**Parágrafo segundo:** Nenhuma das partes poderá ceder ou transferir, ainda que parcialmente, quaisquer dos direitos ou obrigações relativas a este contrato para terceiros, sem o consentimento prévio e por escrito da outra.

**Parágrafo terceiro:** Na hipótese de ocorrência de caso fortuito, fenômenos da natureza ou de força maior, as partes não poderão ser responsabilizadas pelo não cumprimento de suas obrigações contratuais. Neste caso, a parte impossibilitada de cumpri-las deverá informar a outra de imediato, por escrito, da ocorrência do referido evento.

## Cláusula 9ª – DO FORO

Os contratantes elegem o foro da comarca de Goiânia, Goiás, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas de interpretação e aplicação deste contrato.

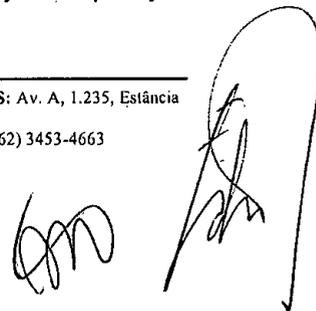
GOIÂNIA: Rua 87, nº 598 – St. Sul CEP: 74.093-300 ANÁPOLIS: Av. Sen. José L. Dias, 523, Centro CALDAS NOVAS: Av. A, 1.235, Estância Itajá

Fone: (062) 3226-0200 FAX: (062) 281-5301

Fone: (062) 3324-9304

Fone: (062) 3453-4663

www.ingoh.com.br



# INGOH

INGOH . Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

Por estarem justos e acertados, firmam o presente contrato em **02 (duas) vias** de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que abaixo subscrevem, para que se produzam seus efeitos legais.

Goiânia, 01 de março de 2017.

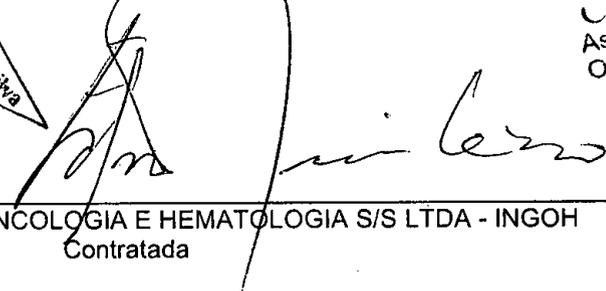


INSTITUTO DE GESTÃO E HUMANIZAÇÃO - IGH  
Contratante

Caratório Silva

  
Cintia Santos  
Assessora Jurídica  
OAB/PA N° 27.970

RECONHECIMENTO DE  
FIRMA NO VERSO



INSTITUTO GOIANO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA S/S LTDA - INGOH  
Contratada

1ª TESTEMUNHA

2ª TESTEMUNHA

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

GOIÂNIA: Rua 87, nº 598 - St. Sul CEP: 74.093-300 ANÁPOLIS: Av. Sen. José L. Dias, 523, Centro CALDAS NOVAS: Av. A, 1.235, Estância Itajá  
Fone: (062) 3226-0200 FAX: (062) 281-5301 Fone: (062) 3324-9304 Fone: (062) 3453-4663

www.ingoh.com.br



INGOH . Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

ANEXO I

**PARTICULARIDADES DE DESMEMBRAMENTOS DE EXAMES**

MATERIAL	DESMEMBRAMENTO	R\$ FINAL	OBSERVAÇÕES
Placenta	Disco placentário Membranas Cordão umbilical	R\$ 115,71	Placentas gemelares: cobrar em duplicidade ( 115,71 x 2 = 231,42)
Necrópsia fetal	Conforme S.V.O	R\$ 308,52	Desmembramento em 8 exames até 20 semanas e pesando até 500 grs
Amígdalas	Direita Esquerda	R\$ 77,14	
Biópsia gástrica	Corpo/antro/ Cardia(teg)	R\$ 115,71	Independente de estar em frascos separados ou não
Biópsia prostática	Ápice esquerdo Ápice direito Meio direito Meio esquerdo Base direita Base esquerda	R\$ 231,42	Biópsia sextante de próstata. Para mais de 06 fragmentos, cobrar um exame para cada fragmento enviado para exame
Útero	Corpo uterino Colo uterino	R\$ 77,14	
Útero + anexos	Corpo uterino Colo uterino Ovário direito Ovário esquerdo Tuba direita Tuba esquerda	R\$ 231,42	Cada anexo deve ser cobrado separadamen-te
Mama	Mama direita Mama esquerda	R\$ 77,14	Lateralidade cobrada separadamente
Quadrantectomia Mamária	Lesão mamária Margem lateral Margem medial Margem superior Margem inferior Margem posterior	R\$ 231,42	Lateralidade cobrada separadamente
Congelação	Imprint (citologia) Corte congelação Parafina (histologia)	R\$ 115,71	Valor para cada material congelado
Citologia vaginal	Secreção vaginal	R\$ 19,29	
Citologia geral	Líquidos corporais	R\$ 27,55	
Citologia mama	Secreção mamaria	R\$ 27,55	A cada 5 laminas enviadas para análise

GOIÂNIA: Rua 87, nº 598 – St. Sul CEP: 74.093-300 ANÁPOLIS: Av. Sen. José L. Dias, 523, Centro CALDAS NOVAS: Av. A, 1.235, Estância Itajá

Fone: (062) 3226-0200 FAX: (062) 281-5301

Fone: (062) 3324-9304

Fone: (062) 3453-4663

www.ingoh.com.br



INGOH . Instituto Goiano de  
Oncologia e Hematologia

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

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, documento de identidade nº \_\_\_\_\_ ( )  
paciente/ ( ) responsável (grau de parentesco \_\_\_\_\_),  
declaro que estou ciente que a amostra do material biológico coletado para exame  
anatomopatológico, Imuno-histoquímica e citopatológico (geral ou ginecológico) será  
encaminhada para o Laboratório de Patologia abaixo indicado, contratualmente vinculado a  
este estabelecimento:

Laboratório: INGOH  
Endereço: RUA 87, 598 – SETOR SUL – GOIANIA - GOIAS  
Tel.: (62) 3226-0200 / (62) 3226-0206  
Responsável técnico: Dr. Sebastião Alves Pinto – CRM-GO 8516

1. Fui esclarecido(a) sobre os cuidados tomados pelo estabelecimento para o manuseio, acondicionamento e transporte para conservação do material biológico até a sua entrada no laboratório de Patologia, em conformidade com o disposto na Resolução CFM 2.074/2014.
2. Autorizo o transporte da amostra para realização da análise no laboratório de Patologia assinalado acima.
3. Fui esclarecido (a) que poderia optar para pessoalmente encaminhar/transportar a amostra para realização do exame em outro laboratório da minha confiança, porém, autorizo que a mesma fosse transportada pelo Laboratório de Patologia.

Cidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

1ª testemunha  
Nome completo \_\_\_\_\_

Nº de identidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ (responsável pela aplicação  
do Termo)

Prezado(a) Colega,

O Manual do Cliente do Laboratório de Anatomia Patológica do Ingoh foi criado com o objetivo de disponibilizar informações técnicas relevantes para a rotina dos profissionais de saúde. Com ele, temos o intuito de instruir nossos parceiros quanto ao envio de materiais para o laboratório, além de padronizar as ações visando diminuir a ocorrência de não conformidades e ainda, preservando a estabilidade da amostra biológica.

Esta publicação reforça nosso compromisso com a Medicina Diagnóstica e Preventiva de qualidade, e com foco total em nosso cliente.



1/4

## MANUAL DO CLIENTE

### 1. PROCEDIMENTOS OFERTADOS:

#### 1.1 – ANATOMOPATOLÓGICO

O Anatomopatológico consiste na avaliação macro e microscópica de tecidos e células de um paciente.

#### ENVIO DO MATERIAL:

\*O material coletado deve ser imerso em fixador apropriado dentro de, no máximo, 1 hora após o procedimento de biópsia ou ressecção;

\*O fixador ideal é formol tamponado a 10%, para sua adequada fixação. Vale lembrar que o volume ideal de formol para cada peça é em torno de 10 a 20 vezes o volume do espécime;

\*O frasco deverá vir identificado com o nome completo do paciente e data de nascimento;

\*Pedido médico assinado e carimbado pelo médico assistente;

\*A ficha de trabalho e/ou folha de rosto contendo nome completo do paciente sem abreviações, nome do médico, data de nascimento, nome da mãe quando possível e tipo de exame a ser realizado;

\* Data e hora da coleta do material;

\* Termo de consentimento e esclarecimento

#### PRAZO DE ENTREGA:

\*5 dias úteis.

#### 1.2 – CITOPATOLOGIA

A Citologia consiste em avaliar as principais doenças neoplásicas e infecciosas.

#### ENVIO DO MATERIAL:

##### a) Citologia vaginal, mama e tireóide

\*As lâminas de citologia após a coleta devem ser fixadas com fixador apropriado;

\*O frasco deverá vir identificado com o nome completo e data de nascimento do paciente;

\*Pedido médico deve estar carimbado e assinado pelo médico assistente;

\*A ficha de trabalho e/ou folha de rosto contendo o nome do paciente sem abreviações, nome do médico, data de nascimento, nome da mãe quando possível e tipo de exame a ser realizado.

\* Data e hora da coleta do material;

\* Termo de consentimento e esclarecimento

##### b) Citologia de líquidos corporais

\*Após a coleta, o material deverá ser enviado no prazo máximo de 4 horas para o laboratório;

\*O frasco deverá vir identificado com o nome completo do paciente e data de nascimento;

\*Pedido médico carimbado e assinado pelo médico assistente;



2/4

\*Ficha de trabalho e/ou folha de rosto contendo nome completo do paciente sem abreviações, nome do médico, data de nascimento, nome da mãe quando possível e tipo do exame a ser realizado.

\* Data e hora da coleta do material.

\* Termo de consentimento e esclarecimento

## **PRAZO DE ENTREGA:**

\*3 dias úteis.

### **1.3 – IMUNOHISTOQUÍMICA**

O exame de imunohistoquímica se baseia na reação antígeno-anticorpo no corte histológico, onde é possível detectar a presença de moléculas específicas.

## **ENVIO DO MATERIAL**

\*Os blocos de parafina/lâminas deverão conter duas identificações: iniciais do paciente e número da biópsia;

\*Pedido médico carimbado e assinado pelo médico assistente;

\*Cópia do laudo da biópsia referente ao material enviado;

\*Ficha de trabalho/ou folha de rosto contendo nome completo do paciente sem abreviações, nome do médico, data de nascimento e exame solicitado;

\* Data e hora da coleta do material de anatomopatológico.

\* Termo de consentimento e esclarecimento

## **DEVOLUÇÃO DO MATERIAL**

\*Os blocos de parafina serão entregues ao laboratório de origem na semana posterior à liberação dos resultados.

## **PRAZO DE ENTREGA:**

\*5 a 7 dias úteis.

### **1.4 – REVISÃO DE LÂMINA**

A revisão de lâmina pode ser realizada quando da ocorrência de necessidade de reavaliação ou comparação diagnóstica de amostras, ou novas informações clínicas são fornecidas, tendo sido o primeiro diagnóstico realizado pela nossa Unidade (revisão) ou por outros laboratórios (segunda opinião).

## **ENVIO DO MATERIAL**

\*Blocos de parafina e lâminas (quando possível);

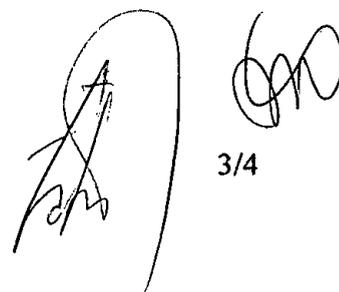
\*Cópia do laudo da biópsia anterior;

\*Ficha de trabalho contendo nome completo do paciente sem abreviações, nome do médico, data de nascimento e exame solicitado;

\* Termo de consentimento e esclarecimento

## **PRAZO DE ENTREGA:**

\*7 dias úteis.



3/4

## 1.5 – CONGELAÇÃO

O exame de Congelação ou per operatório é um procedimento diagnóstico imediato, que permite ao médico cirurgião conhecer o diagnóstico de seu paciente durante o ato cirúrgico, e assim, definir naquele momento o procedimento cirúrgico mais adequado. Este exame é realizado durante o ato cirúrgico, onde o cirurgião retira o material que deverá ser analisado e diagnosticado pelo patologista em poucos minutos. Pode ser utilizado para determinar a natureza de uma lesão como, por exemplo: tumores benignos e malignos, processos inflamatórios, ou ainda para definir se a margem cirúrgica da lesão está livre.

## ENVIO DO MATERIAL

\*Todo exame de Congelação deve ser previamente agendado junto à recepção do laboratório de Anatomia Patológica com antecedência mínima de 24hs, nos telefones (62) 3226-0206 ou (62) 99186-0531 para que o laboratório possa preparar a logística de realização do mesmo.

\*O material deve ser enviado a fresco, sem nenhum tipo de conservante.

\*O frasco do material deverá vir identificado com o nome completo do paciente e data de nascimento;

\*Pedido médico carimbado e assinado pelo médico assistente;

\* Data e hora da coleta do material

\*Ficha de trabalho e/ou folha de rosto contendo nome completo do paciente sem abreviações, nome do médico, data de nascimento, nome da mãe quando possível e tipo do exame a ser realizado.

\* Termo de consentimento e esclarecimento

## 2. RETIRADA DE BLOCOS DE PARAFINA E LÂMINA DO LABORATÓRIO

\*Para retirada de blocos e lâminas deverá ser enviada a solicitação médica ou carta redigida a próprio punho pelo paciente;

\* Cópia dos documentos pessoais.

\* Se o material for retirado por terceiros, o paciente deverá encaminhar uma autorização juntamente com cópia dos documentos pessoais da pessoa autorizada pela retirado do mesmo.

\*A entrega do material será feita dois dias úteis após a solicitação no laboratório.

## 3. CRITÉRIOS DE REJEIÇÃO DE AMOSTRAS

\* Amostras sem informações completas serão devolvidas (ex: material inadequado, falta de pedido médico assinado e carimbado, falta da ficha de trabalho /ou folha de rosto, problemas na identificação de blocos e/ou lâminas, falta de identificação no frasco nome e data de nascimento).

\* Data e hora da coleta do material.



