

TERMO DE COMPROMISSO PARA RETIRADA DE BIÓPSIAS / PEÇAS CIRÚRGICAS



PELO PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Eu, _____, CPF nº _____, estou retirando do Instituto de Patologia de Passo Fundo - IPPF frascos/sacos contendo material reserva referente a biópsias () e/ou peças cirúrgicas () do exame anatomopatológico sob o número de registro _____.

**obrigatória apresentação de documento de identificação do paciente e do responsável legal



POR TERCEIRO:

Eu, _____ (PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL), CPF nº _____, AUTORIZO o(a) Sr(a) _____, CPF nº _____, a retirar do Instituto de Patologia de Passo Fundo – IPPF, em meu nome e sob a minha responsabilidade, frascos/sacos contendo material reserva referente a biópsias () e/ou peças cirúrgicas () do exame anatomopatológico sob o número de registro _____.

**obrigatória apresentação de documento de identificação do paciente / responsável legal e do terceiro

Declaro estar ciente de que o IPPF pode não deter outra biópsia / peça cirúrgica ou qualquer outro material para realizar contra prova ou novo exame. Assim, a responsabilidade pela posse das biópsias / peças cirúrgicas ora retiradas é minha, exclusivamente, sendo que arcarei, também exclusivamente, com relação a eventuais prejuízos decorrentes da perda/extravio/avarias/danos desses materiais.

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Passo Fundo/RS, _____ de _____ de 20 _____.

Instituto de Patologia de Passo Fundo