

TERMO DE COMPROMISSO PARA RETIRADA DE BLOCOS/LÂMINAS

PELO PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Eu, _____, CPF nº _____,
estou retirando do Instituto de Patologia de Passo Fundo - IPPF () blocos e/ou () lâminas
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, () blocos e/ou () lâminas 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 outro bloco/lâmina ou qualquer outro material para realizar contra prova ou novo exame. Assim, a responsabilidade pela posse dos blocos/lâminas ora retirados 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