**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**DEVOLUÇÃO DE MATERIAL**

Eu, ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, resistente na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Recebi do Laboratório LAMIC (especificar tipo de material devolvido, blocou em parafinas e/ou lâminas) referente ao exame Histopatológico do paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade, CE \_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_