

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA RETIRADA DE MATERIAL

Ao retirar os blocos de histologia do Laboratório MAC Diagnósticos Médicos, **DECLARO QUE FUI INFORMADO** de que:

- 1) A partir desta data assumo total responsabilidade pela guarda desse material, sabendo que recebo blocos e lâminas histológicas referentes ao presente registro;
- 2) Para evitar perda ou outros danos, devo zelar pelas amostras, que podem quebrar sob impactos ou danificar-se com o calor;
- 3) Devo cuidar para transferir as amostras, na maior brevidade, para o laboratório de origem.

Responsável: _____

Telefone: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Quantidade de blocos: _____

Quantidade de lâminas: _____

Paciente: _____

AP: _____

Assinatura do responsável pela retirada

Cáceres/MT ____/____/____