

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RETIRADA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG ou CPF \_\_\_\_\_ ( ) paciente ou ( ) responsável por \_\_\_\_\_ grau de parentesco \_\_\_\_\_, solicito, conforme pedido médico em anexo, retirada do material biológico na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o seguinte material.

( ) Bloco de parafina      Quantidade: \_\_\_\_\_

( ) Lâmina                      Quantidade: \_\_\_\_\_

Referente ao exame de número: \_\_\_\_\_

Este material será retirado do Laboratório ICAP para exames complementares ou consultoria externa por outro serviço médico de patologia.

O ICAP é responsável pelo armazenamento de forma a manter o material sob condições estáveis de temperatura e umidade ambiental.

Ao ser retirado do ICAP declaro ter conhecimento de que este material que será encaminhado para consultoria externa, a partir do momento em que é retirado do ICAP por mim, passa a ser de minha inteira responsabilidade. Qualquer dano sofrido e que danifique o material não poderá ser recuperado de forma a ser restituída a sua qualidade original.

Solicitamos a devolução deste material após o exame para o qual foi destinado, juntamente com o laudo que foi emitido.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

**Assinatura do paciente/responsável:** \_\_\_\_\_

1ª Testemunha e responsável pela aplicação do termo:

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

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Testemunha: Nome completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_