



**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE REVISÃO
EM MATERIAL DE EXAME ANATOMO - PATOLÓGICO**

PACIENTE: _____ **Nº DO CASO:** _____

MATERIAL ENTREGUE:

_____ LÂMINAS _____ BLOCOS

DEVOLVER LÂMINAS: () NÃO () SIM

DEVOLVER BLOCOS: () NÃO () SIM

ATENÇÃO: Revisões somente serão aceitas se o material vier acompanhado de cópia do laudo original.

Caso seja necessário, **autorizo** a obtenção de cópias do laudo original deste exame, bem como de outros realizados anteriormente.

Autorizo o encaminhamento do laudo de revisão emitido por este Laboratório ao laboratório de origem: () NÃO () SIM.

NOME: _____.

GRAU DE PARENTESCO: _____.

CPF: _____.

Fone(s) para contato: _____.

ASS. _____ Data: ___ / ___ / ___.

Funcionário: _____ **Data** ___ / ___ / ___

**** Cópia entregue ao paciente/responsável.**