

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

Autorizo ao Hospital Prontolinda a encaminhar para o laboratório abaixo citado o material a ser analisado. Ressalto que fui devidamente esclarecido, de que não sou obrigado a realizar a análise neste laboratório, podendo a qualquer momento solicitar que o material seja entregue, e sob minha responsabilidade conduzi-lo ao laboratório de minha escolha.

Conforme solicitação do seu médico assistente o material seguirá para análise histopatológica no laboratório Horácio Fittipaldi. O Hospital Prontolinda se responsabiliza pelo transporte do material ao laboratório.

Estou ciente que receberei através do Hospital, o comprovante de entrega do exame na ouvidoria do Hospital Prontolinda, com data prevista para o recebimento do resultado.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____ / ____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	ÁUREA ALBUQUERQUE						
Aprovador:	Dr. MIGUEL PORTO						
Homologador:	SISTEMA DE GESTAO DA QUALIDADE						
Data da Emissão:	16/04/2013	Revisão:	00	Data da Revisão:	16/04/2015	Página:	1 de 2

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Elaborador:	ÁUREA ALBUQUERQUE						
Aprovador:	Dr. MIGUEL PORTO						
Homologador:	SISTEMA DE GESTAO DA QUALIDADE						
Data da Emissão:	16/04/2013	Revisão:	00	Data da Revisão:	16/04/2015	Página:	2 de 2