



Avenida Professora Ana Maria Silvestre Adade, 407- Parque das Universidades- Campinas-SP- CEP 13086-130

Telefones: (19) 3236.0111 - 3232.6185 - 3256.3797 – e-mail: sac@multipat.com.br

AMPUTAÇÃO DE MEMBRO

AMPUTAÇÃO DE MEMBRO MULTIPAT LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA, CITOLOGIA DIAGNÓSTICA E PATOLOGIA LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº. 02.111.700/0001-89, vem, pelo presente instrumento, **comunicar formalmente** (Hospital/Clínica) _____ que o membro amputado (topografia) _____ do (a) paciente _____ e nascido(a) (data de nascimento) _____, está sob nossa responsabilidade e será encaminhado ao descarte conforme norma da Vigilância Sanitária, após prazo normativo (3 meses). Caso a família opte por outro destino (enterro ou cremação), o hospital deverá contatar o Laboratório em até 30 dias, a partir da data de assinatura da presente comunicação, sob pena de proceder-se ao descarte, conforme legislação vigente.

Campinas, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO LABORATÓRIO MULTIPAT

Responsável técnico: Dr. Leandro Luiz Lopes de Freitas - CRM/SP 96594 - RQE 62898