



# AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE EXAMES MÉDICOS

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

data nasc \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ autorizo o Sr (a) \_\_\_\_\_ Doc nº \_\_\_\_\_, a retirar o(s)

exame(s) de, \_\_\_\_\_ realizado(s) na Clínica Antonio Francisco no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Barra do Piraí \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cliente

- Caso o paciente não possa retirar pessoalmente seu exame, favor encaminhar a presente autorização, devidamente preenchida e assinada.
- Para Retirada do exame será exigido a pessoa autorizada ou da própria pessoa, o documento pessoal de identificação.

Av. Ramiro Jaime da Fonseca, 30 - Centro - Barra do Piraí - RJ - (24) 2447-7250 / 2447-7252 / 2447-7288 / 2447-7260