



AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE EXAMES MÉDICOS (MENOR DE IDADE)

Eu, _____, portador do RG _____ e CPF _____,

autorizo o Sr (a) _____, portador do Doc nº _____,

a retirar o(s) exame(s) de, _____ do menor _____,

nascido em ___ / ___ / _____, realizado(s) na Clínica Antonio Francisco no dia ___ / ___ / _____.

Barra do Piraí _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

- 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