



**AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE RESULTADO DE EXAMES POR TERCEIROS (AS)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do CPF sob o número \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_\_, venho por meio deste autorizar o Sr. (a) \_\_\_\_\_, portadora do CPF sob o número \_\_\_\_\_, a retirar, em meu nome, o meu exame realizado pelo Laboratório Costa Rosa.

---

Assinatura do paciente.

---

Assinatura do terceiro.

Parentesco \_\_\_\_\_

Naviraí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.