



LABORATÓRIO COSTA ROSA

PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA

Dr. Joaquim Costa Rosa

Médico Patologista e Citopatologista/Responsável Técnico CRM-MS 4780 / N.º de Reg. de Especialidade 2693

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 _____.