



## AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE BLOCO(S)

\_\_\_\_\_, responsável pelo  
paciente \_\_\_\_\_ abaixo assinado,  
assumo a responsabilidade junto a esta Gerência/Unidade pela retirada dos blocos  
para exames complementares conforme informado:

Bloco(s) n(s)º:


Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

### **Assinatura do paciente e telefone para contato**

(exigir cópia de documento com foto do paciente e responsável pela retirada)

### **Uso da DIAP/SVO:**

Retirado pelo motorista:

\_\_\_\_\_  
(Nome legível e matrícula)

Unidade Hospitalar: \_\_\_\_\_

