



## **AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE BLOCOS**

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

Bloco(s) n(s)º:


Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### **Uso da GERAP/SVO:**

Retirado pelo motorista:

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

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

