



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: _____

