

AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE EXAMES POR TERCEIROS

(De acordo com os arts. 73 e 89 do Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 2.217/2018)

Eu, _____,
portador(a) da Cédula de Identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF sob o
nº _____, autorizo e requero o **BIOLABOR LABORATÓRIO DE ANÁLISES
CLÍNICAS LTDA**, com matriz inscrita no CNPJ/MF sob o nº 54.336.615/0001-12, que entregue à

portador(a) da Cédula de Identidade nº _____ e inscrito(a) no CPF sob o nº
_____ o resultado de meu(s) exame(s) de
_____ realizados nesta Instituição na data de ____/____/____.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura Paciente: _____

Nome Legível do Paciente: _____

Assinatura do Autorizado: _____

Nome Legível do Autorizado: _____