



**Santa Casa
de Misericórdia
de Sobral**

Sob intervenção da Prefeitura de Sobral

Secretaria
da Saúde



SOBRAL
PREFEITURA

AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE LAUDO DE EXAME POR TERCEIRO

MATRÍCULA: _____ ATENDIMENTO _____ PEDIDO: _____
NOME DO PACIENTE: _____
DN.: ____/____/_____
CIDADE: _____ RG: _____ CPF: _____
NOME DA MÃE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA SUBSCRIÇÃO DO TERMO

() PACIENTE ou () RESPONSÁVEL LEGAL (completar os dados abaixo)

NOME _____ D. Nascimento: ____/____/_____
RG: _____ CPF: _____ CIDADE: _____
ENDEREÇO: _____

DA AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE LAUDO DE EXAME

Na impossibilidade de comparecer na Santa Casa para o recebimento do exame de imagem _____, que foi realizado em ____/____/_____, autorizo o(a)Sr.(a) _____, portador(a) do CPF N° _____ e RG N° _____, na condição de () PARENTE

() REPRESENTANTE/MOTORISTA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ou () TERCEIRO, em posse **OBRIGATÓRIA** de seu **DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO** e as seguintes **documentações do paciente: COMPROVANTE DE REALIZAÇÃO DO EXAME, IDENTIDADE (XEROX LEGÍVEL), CARTÃO DA SANTA CASA E CARTÃO DO SUS**, comparecer ao Centro de Imagem da SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL, no local de recebimento do respectivo exame nos seguintes horários: Segunda à Sexta de 7:00 às 16:00 horas, para receber o exame supracitado. Declaro, ainda, que informei o receptor autorizado sobre as informações aqui estabelecidas.

Ass. Paciente ou Representante legal

TESTEMUNHA:
CPF:

TESTEMUNHA:
CPF:

**NÃO SERÁ CONSIDERADO AUTORIZAÇÃO QUE NÃO SEJA LEGÍVEL
E/OU POSSUIR RASURAS**