Estado do Rio Grande do Sul

Prefeitura Municipal de Dona Francisca

Secretaria Municipal da Saúde

Autorização

№ 850

Autorizo ao Paciente....., a fazer o(s) Exame(s)

de Sangue,.....
junto à **Labivita Análises Clínicas**.

Dona Francisca - RS,.....de.....de 20.....

Assinatura do Paciente
ou Responsável

p/Secretaria Municipal da Saúde