



BRASIL  
**APOIO**  
MEDICINA DIAGNÓSTICA

## AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE EXAMES DE DROGAS DE ABUSO

Eu, \_\_\_\_\_

portador do RG nº \_\_\_\_\_, nascido em

\_\_\_\_\_, autorizo a realização da

dosagem e/ ou a pesquisa dos seguintes exames:

THC

Cocaína

Outros \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

**Observação:** Para pacientes com idade inferior a 18 anos, a autorização deve ser assinada pelo responsável legal.