**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Declaro para os devidos fins que eu , inscrito no CPF sob o Nº , portador de RG Nº , sou responsável legal pela menor , nascida na data de

, portadora de RG Nº , inscrita no CPF sob o Nº

, na qualidade de , e autorizo neste ato o(a) mesmo(a) **a realizar o exame denominado**

**, estando ciente de todas as exigências e/ou orientações pertinentes ao referido exame.**

Estou ciente de que ele(a) irá submeter-se a realização de exames solicitados, cujos resultados

**somente poderão ser entregues** aos seus responsáveis legais.

O Termo de Consentimento Informado deverá ser preenchido e assinado em 02 vias. A via original deve ser anexada a cópia dos documentos que comprovem a filiação, tais como **RG, certidão de nascimento ou certidão de tutela ou curatela,** e mantida no laboratório. A segunda via deve ser entregue ao responsável legal.

Juazeiro do Norte, de de .



Assinatura do Responsável Legal



Assinatura do Menor de entre 16 e 18 anos