**Declaração de responsabilidade**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro-me responsável pela realização dos exames abaixo:

Exame:

Pedido:

(NOME DO PACIENTE)

JUAZEIRO DO NORTE (DATA)