

ACESSO A DADOS CLÍNICOS | DECLARAÇÃO DE NÃO OPOSIÇÃO DE MENOR

_____, _____ de _____ de 20____

DECLARAÇÃO

(Nome Completo) _____,
nascido(a) em ___ / ___ / _____, portador(a) do CC/BI/Passaporte nº _____, válido até ___ /
___ / _____, fui esclarecido(a) acerca da informação clínica solicitada em meu nome, bem como dos fins a que se
destina, pelo que declaro NÃO ME OPOR a que a mesma seja fornecida a _____
_____, portador(a) do CC/BI/Passaporte nº _____,
válido até ___ / ___ / _____, na qualidade de meu representante legal.

Data: ___ / ___ / _____ Assinatura (conforme doc. identificação): _____