

	LABORATÓRIO BIOANÁLISE	Código: FR.RCP.008
	FORMULÁRIO REGISTRO	Versão:00
	TERMO BHCG PARA MENOR DE 18 ANOS SEM SOLICITAÇÃO MÉDICA	Página: 1 de 1
Requisito DICQ 4.4.1 (7ª ed)		Requisito PALC 8.2 Norma 2016

**TERMO DE RESPONSABILIDADE
PARA REALIZAÇÃO DO EXAME bHCG PARA MENORES DE 18 ANOS**

Eu _____, RG: _____

CPF N° _____, residente e domiciliado (a) á rua _____ N° _____, Bairro _____, na cidade de _____, Estado _____, declaro para todos os fins que se fizer necessário que **sou responsável** pela menor _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliada a _____ N° _____, Bairro: _____ na cidade de _____, Estado: _____ que se encontra neste Laboratório Bioanalise para realizar o exame bHCG.

Teresina, ____ de _____ de _____

Responsável pela menor
Nome em letra de forma

Responsável pela menor
Assinatura

Cliente menor de 18 anos
Nome em letra de forma

Cliente menor de 18 anos
Assinatura

1ª testemunha
RG: _____

2ª testemunha
RG: _____

CPF: _____

CPF: _____

Li entendi e declaro que as informações acima são verdadeiras

NOTA: Anexar cópia do RG e CPF do responsável pela menor.