



Autorização de Acompanhante para Exames Laboratoriais em Menores de 16 Anos	Procedimento: PA
	Anexo: 09
	Revisão: 4

Eu, _____, portador do RG n° _____,
como responsável legal pelo paciente _____,
código do plano n° _____, AUTORIZO o Sr. (a)
_____, RG n° _____
a acompanhar meu filho (a) menor de 16 anos a realização de exames / procedimentos laboratoriais.

Grau de parentesco do acompanhante: _____

Data: ___/___/___.

Assinatura do pai ou mãe (ou responsável legal) do paciente

Telefone do responsável legal do paciente: _____

Anexar cópia do RG do responsável legal do paciente.