

INFORMAÇÃO CLÍNICA
DECLARAÇÃO DE NÃO OPOSIÇÃO DE MENOR

Nome _____

Data de nascimento __ / __ / _____ , portador do CC nº _____ , válido até __ / __ / _____ ,

tendo sido esclarecido da informação clínica que está a ser solicitada, em meu nome, bem como dos fins a que se destina, declaro **NÃO ME OPOR** a que a mesma seja fornecida a _____

Na qualidade de meu representante legal.

_____, _____ de _____ de 20 _____

O Menor _____

(Assinatura conforme BI/CC)