

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA ALTERAÇÃO/INCLUSÃO DE DADOS

[Razão Social] \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. \_\_\_\_\_, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos, declara para os devidos fins que inseriu dados de identificação segura do paciente para processamento na Igenomix Brasil Laboratório de Medicina Genética Ltda, prestando a presente solicitação a alteração/adição de tal informação, conforme segue:

### ( ) ALTERAÇÃO DE DADOS

<b>Identificação do paciente</b> (Preencher com nome completo do paciente + data de nascimento)	<b>Teste</b> (Inserir nome do teste para execução)	<b>Informação incorreta</b> (Reportar informação idêntica a preenchida inicialmente)	<b>Informação correta</b> (Reportar a informação correta a ser considerada)

### ( ) INCLUSÃO DE DADOS

<b>Identificação do paciente</b> (Preencher com nome completo do paciente + data de nascimento)	<b>Teste</b> (Inserir nome do teste para execução)	<b>Informação para inclusão</b> (Reportar a informação faltante)

Responsável pela solicitação (Nome completo): \_\_\_\_\_

Documento de Identificação (RG/CPF): \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Declara ainda que as informações acima são fidedignas e verdadeiras, assumindo plena responsabilidade pela solicitação aposta neste documento.

\_\_\_\_\_  
Cidade e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável