



## Termo de Consentimento

Pelo presente instrumento, eu, \_\_\_\_\_ Identificação Única - SIAPE nº \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ estou de acordo com a realização do meu exame médico periódico, no corrente ano, incluindo os exames laboratoriais, radiológicos e clínicos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Servidor