



CASA DE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO LTDA.

Rua Bocaiúva, 72 - Largo São Sebastião - Centro - Florianópolis/SC
CNPJ 80.485.287.0001-26 - Fone/Fax: (48) 3221-1000 - csss@cssaosebastiao.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Paciente:

Convênio:

Data:

Declaro, na qualidade de paciente ou responsável, para os devidos efeitos legais, estar plenamente ciente da indicação médica de internamento, concordando, desde já, com os exames e procedimentos indicados pelo(a) médico(a) assistente,

Dr(a) _____

Quaisquer outros procedimentos sugeridos por indicação do médico assistente serão avaliados por mim, que os autorizarei, ou não, após receber os necessários esclarecimentos sobre as vantagens e desvantagens de tais procedimentos complementares.

Havendo risco de vida ou urgência comprovada no atendimento médico-hospitalar, o médico assistente deverá agir em benefício do paciente, independentemente de autorização deste ou de terceiros.

Florianópolis, ___/___/_____

Nome e Assinatura da recepcionista

Nome e Assinatura do paciente / responsável