

O abaixo assinado SR. (A) _____
portador (a) da Carteira de Identidade nº _____ e CPF nº _____
reside na rua _____

pessoa responsável pelo doente SR. (a) _____

reconhece que o mesmo deixou este noscômio contra o parecer dos médicos, deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão, e concomitantemente, isenta o HOSPITAL ADVENTISTA SILVESTRE, bem como a equipe médica de qualquer penalidade, tanto cível como criminal, em decorrência das consequências do meu ato.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do doente ou pessoa responsável (não rubricar)

Testemunhas:

1- Nome _____

RG _____

Assinatura _____

2- Nome _____

RG _____

Assinatura _____