

Pelo presente termo o paciente ou pessoa por ele indicada, conforme qualificação abaixo, retira a(s) seguinte(s) radiografia(s):

Tipo

Data

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dados do Paciente:

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

N.º Conta/Registro: _____ Tel.: _____

Dados da pessoa que retira a(s) radiografia(a):

Nome: _____

Identidade: _____ CPF: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Endereço: _____

Declaro que retirei o(s) exame(s) de radiografia(s) acima indicado(s), assumindo toda a responsabilidade pela guarda e manutenção do mesmo, isentando o Centro Médico Adventista Silvestre de qualquer culpa ou responsabilidade pelo extravio, dano ou perda.

Por ser a expressão da verdade, assino o presente.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura (não rubricar)