

**TERMOS DE RESPONSABILIDADE**

O abaixo assinado _____

Responsável pelo paciente _____

Da plena autorização aos médicos deste Hospital para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para execução de tratamento. Comprometendo-se a respeitar as disposições gerais contidas no regulamento da instituição

TESTEMUNHAS:

_____ Maceió, _____ de _____ 200 _____

ASS. PACIENTE / RESPONSÁVEL

O abaixo assinado _____

Responsável pelo paciente _____

Reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

TESTEMUNHAS:

_____ Maceió, _____ de _____ 200 _____

ASS. PACIENTE / RESPONSÁVEL

O abaixo assinado _____

Responsável pelo doente _____

Certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Maceió, _____ de _____ 200 _____