Anchieta
Taguatinga
KoraSaúde

AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAR PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Eu _____ portador do RG _____ declaro junto ao Hospital Anchieta Ltda, conhecer as normas de acesso ao Centro Cirúrgico, os métodos de assepsia necessários para circulação neste ambiente.

Declaro também estar em condições físicas psicológicas para assistir ao procedimento _____ que será realizado no (a) paciente _____.

Taguatinga - DF, __/__/___. Horário: __:__

_____
Assinatura do Declarante