

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____

Convênio _____

Registro _____ Leito _____

Nome do(a) Paciente

RG Nº

CPF Nº

Nacionalidade

Estado Civil

Residente e domiciliado à

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

Declaro que autorizo a ter acesso ao meu prontuário e às informações relacionadas ao meu tratamento, na Policlínica Taboão, em ____/____/____ até a alta hospitalar, o(a) Sr.(a):

Nome do(a) Autorizado(a)

RG Nº

Por fim, responsabilizo-me por esta outorga.

Local

Data

____/____/____

Assinatura do(a) Paciente

Testemunha 1

Testemunha 2