



# HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

FONE: (67) 3461-1399

RUA PELOTAS, 133 - NAVIRAÍ - MS



## DECLARAÇÃO

Declaro para fins e efeitos legais que: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, foi internado(a) no  
**HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAÍ**, para tratamento Médico - Hospitalar, com  
internação no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_, e alta no  
dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_, diagnóstico de \_\_\_\_\_  
totalmente através do S.U.S. (Sistema Único de Saúde), sendo que não tivemos nenhuma  
despesa adicional.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Naviraí/MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PACIENTE

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Equipe Médica deste Hospital à realizar **ATO CLÍNICO CIRÚRGICO**  
ou **ANESTÉSICO** no paciente: \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ idade, ciente dos riscos eventuais de tais procedimentos.

Autorizo ainda a realização de todos os atos médicos necessários ao restabeleci-  
mento de complicações passíveis de reversão, deste que as mesmas sigam os preceitos da  
ética médica.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**  
Quando lúcido com responsabilidade civil