



RUA SÃO JOÃO Nº 1341 BAIRRO CASA PRETA - CEP 78960.000 JI- PARANÁ – RO
FONE: (69) 3421-5833 – FAX (69) 3422-3444

AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Eu _____,
CPF: _____, RG: _____, residente
_____, cidade
_____, AUTORIZO o médico abaixo citado e sua equipe a
realizar todos os procedimentos que se fizerem necessários, visando meu bem estar,
minha saúde e minha vida, podendo realizar atos cirúrgicos, exames laboratoriais,
transfusões de sangue, aplicação de medicamentos, sempre a critério unicamente da
equipe médica.

Cirurgia: _____

Convênio: _____

Valor: _____

Matricula: _____

Hospital: _____

Cirurgião: _____

Auxiliar: _____

Data: _____

Assinatura paciente: _____

Idade: _____

Assinatura do Responsável:

Idade: _____
