



**CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SÃO SEBASTIÃO LTDA.**  
Rua Bocaiúva, 72 - Largo São Sebastião - Centro - Florianópolis/SC  
CNPJ 80.485.287.0001-26 - Fone/Fax: (48) 3222-2611  
casadesaude@casadesaudeaosebastiao.com.br

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Paciente:

Convênio:

Data:

**Declaro**, na qualidade de paciente ou responsável, para os devidos efeitos legais, estar plenamente ciente da indicação médica de internamento, concordando, desde já, com os exames e procedimentos indicados pelo(a) médico(a) assistente,

Dr(a) \_\_\_\_\_.

Quaisquer outros procedimentos sugeridos por indicação do médico assistente serão avaliados por mim, que os autorizarei, ou não, após receber os necessários esclarecimentos sobre as vantagens e desvantagens de tais procedimentos complementares.

Havendo risco de vida ou urgência comprovada no atendimento médico-hospitalar, o médico assistente deverá agir em benefício do paciente, independentemente de autorização deste ou de terceiros.

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura da recepcionista

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do paciente / responsável