



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL CONDE MODESTO LEAL



## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº PRONTUÁRIO

--	--	--	--	--	--

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Est. Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Categoria: Particular ☐ Geral ☐ INANPS ☐ Nº Doc \_\_\_\_\_

Funcionário da Secretaria: \_\_\_\_\_

Funcionário da Enfermagem: \_\_\_\_\_

Médico responsável pela internação: \_\_\_\_\_

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

*O abaixo assinado, responsável pelo paciente, autoriza a realização de todos os exames e tratamentos, inclusive intervenções cirúrgicas e exames post-mortem, julgados necessários pelos médicos que me derem assistência e quaisquer outros procedimentos legais.*

*Autorizo, ainda a doação de seus pertences, no caso de não serem reclamados no prazo de noventa dias (90) após a data da alta ou óbito do paciente.*

Marica, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do Paciente ou Responsável

## TERMO DE RESPONSABILIDADE - ALTA A PEDIDO

*Eu abaixo assinado assumo a responsabilidade pela alta do*

*Sr.(a) \_\_\_\_\_,mesmo*

*sabendo que o paciente ainda necessita de cuidados médicos para o seu restabelecimento.*

\_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura*

\_\_\_\_\_  
*Identidade*

*Testemunha:* \_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma

*Testemunha:* \_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma