



HOSPITAL
ADVENTISTA
do PÊNFIGO

Você em Boas Mãos

Termo de Acompanhante em enfermaria

Form.:
114/51
Pág: 1/1
Vias: 02

Av:Dr. Gunter Hans, 5885 – Fone: (67) 3323-2000 - CEP: 79076-900 – Campo Grande – MS- www.penfigo.org.br

Eu, _____

Solicito autorização para fazer-me acompanhar no leito de enfermaria durante minha permanência neste estabelecimento de saúde do acompanhante igualmente qualificado a seguir, em data e horários constantes no quadro abaixo.

Declaro estar ciente de que a presença do acompanhante será cobrado uma taxa diária, referentes a gastos adicionais não cobertos pelo convênio, no caso de acomodação da modalidade de enfermaria, e que eventuais intercorrências alheias aos procedimentos médicos, pelo acompanhante, cuja responsabilidade assumo, desde que o mesmo tenha dado causa, mesmo que de forma inconsciente, inclusive com gastos extras, tais como: despesas de copa / cozinha e medicamentos.

Declaro estar ciente de que o acompanhante não poderá fazer uso de nenhum leito e não utilizará roupas do hospital.

Obrigando o mesmo a não se interferir nas atividades médicas, em hipótese alguma, bem como em obedecer as ordens e orientações dos profissionais do hospital, sob pena de responsabilidade civil e criminal.

Campo Grande/MS _____/_____/_____.

Paciente

CPF: _____

Acompanhante

Qualificação do acompanhante

Nome: _____ CPF: _____

End: _____

Cidade: _____ Tels: _____ / _____

Autorização médica: _____