

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Declaro que estou ciente das normas de utilização do serviço de Transporte Sanitário Eletivo citadas no manual anexo:

NOME DO PACIENTE: _____

CPF: _____ HYGIA: _____

NOME DO RESPONSÁVEL (SE NECESSÁRIO): _____

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL