

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
_____, na qualidade de _____
do(a) menor _____, nascido(a) em _____,
documento _____, AUTORIZO
_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____,
_____, a acompanhar o(a)
referido(a) menor em atendimento médico.

Abrangência da autorização:

Período de validade: _____.

A presente autorização limita-se ao descrito acima. Procedimentos cirúrgicos, internação e tratamentos de maior complexidade dependem de manifestação do responsável legal, ressalvadas as situações de urgência e emergência, em que prevalece o dever de atendimento.

_____, _____.

_____ — CPF _____