

## TERMO DE ACEITAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO DE CURTA PERMANÊNCIA

Eu \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_  
aceito plenamente o tratamento médico-cirúrgico preconizado, sob responsabilidade do  
Dr. \_\_\_\_\_, inscrito no CREMEB sob  
n° \_\_\_\_\_ a ser realizado na **CLINICA NIRO** em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, tendo recebido  
esclarecimentos sobre todos os procedimentos a serem realizados, incluindo eventual transferência  
para outro serviço de saúde, se necessário.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do paciente)

## TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_,  
responsabilizo-me por acompanhar o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_,  
RG n° \_\_\_\_\_, durante o tratamento cirúrgico, na **CLINICA NIRO** em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, bem como até o retorno à sua residência, salvo se houver intercorrência que torne  
necessária sua internação em hospital.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do acompanhante)

## TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CREMEB sob  
n° \_\_\_\_\_, assumo total responsabilidade pela indicação e realização do tratamento médico-  
cirúrgico a que será submetido o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_,  
RG n° \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ anos, na **CLINICA NIRO**, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo com nome e n° CRM)

Feira de Santana, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_