

08

Fundação Municipal de Assistência à Saúde - Fumasa

Declaro para os devidos fins que eu _____

residente e domiciliado em _____

portador(a) da identidade nº. _____ me

responsabilizo por qualquer eventualidade que possa ocorrer a partir do
desligamento hospitalar do paciente _____

São João da Ponte(MG) _____ / _____ / _____

Assinatura do Responsável

Fundação Municipal de Assistência à Saúde - Fumasa

Declaro para os devidos fins que eu _____

residente e domiciliado em _____

portador(a) da identidade nº. _____ me

responsabilizo por qualquer eventualidade que possa ocorrer a partir do
desligamento hospitalar do paciente _____

São João da Ponte(MG) _____ / _____ / _____