

患者氏名 :
患者 ID :

SOLICITAÇÃO PARA INTERNAÇÃO (E TERMOS DE RESPONSABILIDADE)

Nome do hospital: _____

A/C: Sr. Diretor do Hospital: _____

Assumo o compromisso, quando for internado neste hospital, de cumprir as normas estabelecidas no regulamento interno do hospital.

O solicitante/paciente, seu responsável legal e fiador declaram estar de acordo, firmados em assinatura conjunta, no cumprimento das instruções deste hospital para retirada imediata caso viole qualquer tipo de regulamento incluindo os termos a seguir, ou se for considerado como transtorno para outros pacientes, e que não irão causar transtornos a este hospital em qualquer circunstância.

1. Todos os honorários referentes à internação e outras despesas serão pagos pelo paciente a ser internado, o solicitante ou o garantidor até o vencimento indicado.
2. O responsável legal irá assumir todas as responsabilidades sobre a identidade do paciente.
3. Caso seja instruída a retirada do hospital, o responsável legal irá receber o paciente na data designada.
4. Apresentarei todos os documentos e certificados indicados por este hospital até a data designada.

* Se o Solicitante for o próprio Paciente, não será necessário o preenchimento do campo do Solicitante.

Solicitante				
Nome			Sexo	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia)	/ / (anos)		Relação com o paciente	
Endereço				
Telefone residencial		Telefone celular		
Nome do local de trabalho		Telefone do trabalho		

Carimbo ou assinatura: _____

Data: _____

Paciente				
Nome			Sexo	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia)	/ / (anos)			
Endereço				
Telefone residencial		Telefone celular		
Nome do local de trabalho		Telefone do trabalho		

Carimbo ou assinatura: _____

Data: _____

患者氏名 :

患者 ID :

Responsável legal			
Nome		Sexo	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia)	/ / (anos)	Relação com o paciente	
Endereço			
Telefone residencial		Telefone celular	
Nome do local de trabalho		Telefone do trabalho	

Carimbo ou assinatura: _____ **Data:** _____

Fiador			
Nome		Sexo	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Data de nascimento (Ano/Mês/Dia)	/ / (anos)	Relação com o paciente	
Endereço			
Telefone residencial		Telefone celular	
Nome do local de trabalho		Telefone do trabalho	

Caso os pagamentos de todo ou parte dos honorários referentes à internação e outras despesas não forem efetuados até o vencimento indicado, eu (fiador), em corresponsabilidade, assumo as obrigações sobre o pagamento destes.

Carimbo ou assinatura: _____ **Data:** _____

* As informações pessoais dos pacientes serão tratadas conforme regulamentos internos deste hospital.