



TERMO DE RECUSA - ATENDIMENTO SAMU

Nº OCORRÊNCIA:

NOME:

IDADE: | DATA: | MOTIVO QTA:

AUTORIZADO POR:

Eu _____,
portador do RG nº _____, gozando de plena
consciência dos meus atos, recuso o atendimento prestado pelo
SAMU 192, mesmo que isto traga prejuízo à minha saúde.

ASSINATURA

Eu _____,
Portador do RG nº _____, afirmo que o referido
acima recusou o atendimento prestado pelo SAMU 192, estando em
Plena condição de responder por seus atos.

ASSINATURA



TERMO DE RECUSA - ATENDIMENTO SAMU

Nº OCORRÊNCIA:

NOME:

IDADE: | DATA: | MOTIVO QTA:

AUTORIZADO POR:

Eu _____,
portador do RG nº _____, gozando de plena
consciência dos meus atos, recuso o atendimento prestado pelo
SAMU 192, mesmo que isto traga prejuízo à minha saúde.

ASSINATURA

Eu _____,
Portador do RG nº _____, afirmo que o referido
acima recusou o atendimento prestado pelo SAMU 192, estando em
Plena condição de responder por seus atos.

ASSINATURA