

**DECLARAÇÃO DE RETIRADA DE PACIENTE DONOSOCOMIO**

EU; \_\_\_\_\_ abaixo assino  
responsável PELO paciente \_\_\_\_\_,  
certifica que retirou o paciente mencionado da CASA DE SAUDE JOAO XXIII  
contra parecer dos médicos desta Instituição, assumindo inteira  
responsabilidade por tal atitude.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável



Testemunho: \_\_\_\_\_

Testemunho: \_\_\_\_\_