

Termo de Acompanhante



CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE SÃO CARLOS S/S


Eu, _____
documento Nº. _____, acompanhante de
_____, paciente submetido ao exame
_____ no dia
_____/_____/_____, estou ciente de que o paciente usou o medicamento

estou ciente dos efeitos desse medicamento e de que o paciente não poderá dirigir ou mesmo ser conduzido em motocicletas, nem exercer atividades que necessitem de atenção nas 12 horas seguintes. O paciente também não poderá tomar bebidas alcoólicas nas 24 horas posteriores ao procedimento.

Ciente e de acordo,

São Carlos, _____ de _____ de _____.

Centro de Endoscopia de São Carlos

Rua Paulino Botelho A. Sampaio, 573 • Pavilhão Conde do Pinhal • Santa Casa • São Carlos | SP
Fone | Fax: (16) 3372-3010 • (16) 3374-1608 • (16) 3509-1255 •  (16) 9 9242-6312
endoscopiaaocarlos.com.br