

Termo de Responsabilidade de Atuação

Venha pela presente declarar que eu,
CRM _____, atuarei junto ao Hospital
na especialidade de _____ *(conforme título de especialista).*

Em conformidade ao regimento interno desta unidade declaro ciência em participar de atos médicos somente na área de atuação e especialidade acima descritos.

Profissional Medico(a)

Diretoria da Unidade

Data / /