

TERMO DE RESPONSABILIDADE POR IMPEDIMENTO DE VISITA RELIGIOSA

Eu _____(nome completo), inscrito no CPF/MF sob o nº _____, funcionário no cargo de _____(profissão) aqui representando o hospital _____, declaro para os devidos fins de direito que foi impedida a entrada do religioso para visitar o enfermo _____ (nome completo) cuja visita foi solicitada e autorizada pela família deste, neste ato representada por _____(nome completo).

_____ (assinatura)

_____ (local)

___ de _____ de 202___ (data)