

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PESSOAL PARA VISITA RELIGIOSA

Eu _____ (nome completo), inscrito no CPF/MF sob o nº _____, portador da Cédula de Identidade (RG) nº _____, estado civil _____, residente e domiciliado na _____

_____ (endereço completo, rua ou avenida, numeração e complemento, bairro e cidade) declaro para os devidos fins de direito que ***em caso de doença, seja leve ou grave, especialmente se causar prejuízos às minhas capacidades mentais, autorizo expressamente*** a entrada de visita religiosa de religiosos pertencentes à Igreja Católica Apostólica Romana, no hospital onde eu estiver internado, seja ele em qualquer local do país, para prestar assistência à minha pessoa, sendo que tal direito é garantido pela Lei 9.982/2000 art. 1º, e art. 5º, inciso VII da Constituição Federal.

Declaro, ainda, estar em pleno gozo de minhas capacidades mentais e que o teor dessa declaração expressa claramente a minha vontade. Declaro, também, que esse termo só pode ser revogado por minha pessoa e de forma expressa e não tácita.

_____ (assinatura)

(Se possível, reconhecer firma por verdadeiro)

_____ (Nome)

_____ (local)

___ de _____ de 202___ (data)