



SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE



## TERMO DE ALTA A PEDIDO

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pelo  
paciente, \_\_\_\_\_ venho  
requerer sem autorização médica, a sua alta, responsabilizando-me por tudo o que vier a  
acontecer em consequência do meu ato.

Santarém, PA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Testemunha:

---

---