

COLAR ETIQUETA**Caso não utilizado etiqueta, preencher campos abaixo:**

Número Atendimento: _____

Nome Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe/Responsável: _____

(Assinatura da mãe/responsável quando paciente for menor de idade)

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital Primavera NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Aracaju (SE) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura e Carimbo Médico Assistente

Referência:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. - Brasil : Ministério da Saúde, 2012.