AUTORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Estou ciente e autorizo o profissional _____ acesso ao centro cirúrgico obstétrico para realização de fotos do parto da paciente _____, conforme contrato firmado entre a paciente e a empresa de fotografia e devidamente autorizado pela Diretoria Técnica do hospital.

_____

Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável