

# Confirmação de Recebimento do Paciente

[ ]  Horário de atendimento

[ ]  Aviso de práticas de privacidade

[ ]  Responsabilidades do paciente e Código de Conduta

[ ]  Direitos do paciente

[ ]  Aviso de desconto progressivo

Confirmo ter recebido as informações abaixo. Caso precise de outra cópia de qualquer um desses documentos, posso solicitá-la a qualquer momento.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura | Data |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome impresso | Data de nascimento |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  O(a) Próprio(a) |  |
| Relação  |  |