

# 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 |  |