66

58

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações por mim prestadas são verdadeiras. Concordo com a execução do tratamento. Estou ciente que duas faltas consecutivas sem justificativa (atestado ou declaração) caracterizam abandono do tratamento, voltando para o fim da fila de espera. Em relação à criança, autorizo a contenção física, se for necessário, para executar o procedimento proposto.

_____

Assinatura paciente ou responsável legal

DATA	PROCEDIMENTO	ASSINATURA
/ /		
/ /		
/ /		