

4- TERMO DE RESPONSABILIDADE POR PAGAMENTO DE HONORÁRIOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Eu _____ residente e domiciliado
na cidade de _____ no endereço _____ (_____
Nome da rua, número, bairro) RG _____ CPF _____

Estou consciente e de acordo com o plano de tratamento proposto e os honorários estabelecidos. Pela prestação de serviço, fico obrigado a realizar o pagamento pelo tratamento solicitado nas seguintes condições acordadas :

Valor : R\$:

Condições de pagamento :

a)_____

b)_____

c)_____

O pagamento se refere ao tratamento executado em : (Nome do paciente)

Estou ciente e concordo que se não efetuar os pagamentos adequadamente, como combinado, posso ter meu tratamento suspenso.

Cidade, dia, mês

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do profissional e carimbo