

Caso não tenha etiqueta, preencher com os dados do paciente:

IH : _____ Data : ____ / ____ / ____

Nome : _____

Idade : _____ ano(s) _____ meses

TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____,

estou ciente que, caso sejam necessários, os atendimentos de **fisioterapia** realizados durante a internação não são cobertos pela seguradora e, me responsabilizo pelo pagamento dos mesmos na ocasião da alta da fisioterapia ou da alta hospitalar.

Estou ciente também que os atendimentos de fisioterapia somente são realizados após solicitação e prescrição médica.

Estou ciente também que antes de ser iniciado o atendimento o profissional administrativo (assistente de atendimento da unidade de internação aonde o paciente se encontra) apresentara a tabela de valores por sessão.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura Paciente / Responsável