



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO MÉDICO  
(Será outorgado anualmente)**

Por meio do presente outorgo à *Southwest Community Health Center, Inc.*, e a seus prestadores médicos de doenças do Comportamento/ Dentais, meu consentimento para os tratamentos e avaliações médicas/dentais/ da saúde do comportamento necessárias.

Por meio do presente aceito a minha responsabilidade pelo pagamento do saldo devedor da minha conta, independentemente de convênios com seguradoras ou terceiros.

Em caso de ocorrência de mora, e perante reclamação judicial das dívidas associadas a minha conta, assumirei a responsabilidade pela totalidade das despesas, custos judiciais e honorários advocatícios

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente      Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais/ Mandatário Legal