

Termo de confissão de dívida

Eu _____

Portador do CPF N° _____

Residente _____

Bairro _____

Cidade de _____

Estado _____

Estou ciente de que **caso necessite** procedimento de Anatomia Patológica em minha **Colonoscopia/ Endoscopia** deverei pagar pelo mesmo. Cada peça terá o valor de R\$ 102,00 (cento e dois reais), sendo o número máximo de 6 peças.

Declaro que me comprometo a realizar o pagamento após a realização de meu exame.

O descumprimento deste Termo ensejará em multa e eventuais litígios.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura

Testemunha

Observação: Anexar cópia do documento de identificação neste Termo