

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente da minha responsabilidade em dar continuidade ao tratamento proposto pelo **CENTRO CEAE - MURIAÉ**.

Fui esclarecido (a) que devo comparecer pontualmente aos atendimentos, seguindo todas as orientações a mim repassadas pelos profissionais.

Muriaé _____ de _____ de _____

(Assinatura do Usuário)

Nome: _____

Município/UBS: _____