

 $\frac{1}{2}N$ 

**Deduro**, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, conforme acima apresentado(s), incluindo o pagamento em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores necessários para a realização do tratamento, bem como a responsabilidade pelo pagamento dos honorários profissionais, de acordo com as orientações do profissional assistente e atcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o Operador a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores necessários para a realização do tratamento, bem como a responsabilidade pelo pagamento dos honorários profissionais, de acordo com as orientações do profissional assistente e atcar com os custos previstos no contrato.

|                                                                                    |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| SS-Data local e Assinatura do Condutor / Responsável<br>18/09/2018<br>[Assinatura] | SS-Data local e Assinatura do Condutor / Responsável<br>18/09/2018<br>[Assinatura] |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|