

-14-2-

49-0266-0174

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução de tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atrelado com os custos previstos no contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assumido(s), totalmente realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, conforme previsto em contrato.

[illegible]