



## 2-No



Declaro, 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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                                                                    |                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável</p> <p>04/11/2011 12:20</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> | <p>53-Dia, local e Carimbo da Empresa</p> <p>04/11/2011 12:20</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|