



2-Nº

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 as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em () Declaro, ainda que (x) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

53-Data, local e Carimbo da Empresa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável