



2-Nº

Interpretation of the results

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), 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Arésio Gracindo A. Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

GRUPO 94101
53-Dados, Local e Cambio da Empresa
Av. São João, 473 - Ponte São João
Jundiaí - SP Tel: 4528-3550