

548600
INTERCÂMBIO

ude

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conheço acima apresentados, aceito e autorizo a execução ao tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e tratar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(a) procedimento(s) acima, e por mim assumido(s), tolliram resultado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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 tratar com os custos acima previstos em contrato.

49-Observação

1000