

2-N⁺2

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido, sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentados, aceitar e autorizar a exceção do tratamento, compreendendo-o a cumprir as obrigações do profissional assistente e aceitar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi(em) 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 esta declaração, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a aceitar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do profissional: _____