



2-N-2

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. De acordo com o item 14.º do procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assumido(s), tolerarei realizado(s) com meu consentimento e do 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.

RECEIVED SERV. 04-25

007419/0001

PI: 14.00 / RI 3494
PI: 14.00 / RI 3494-9

Original: 052112

100°C