



CONSELHO  
BRASILEIRO DE  
ÓPTICA E  
OPTOMETRIA

---

I - **Termo de Consentimento Informado**

Declaro para os devidos fins, estar ciente de que serei atendido por profissional Optometrista, não médico, capacitado para prestar atendimento primário em saúde visual e ocular. Declaro ainda que a prestação deste serviço não foi condicionada a comercialização de qualquer outro produto e ou serviço oferecido pelo profissional ou qualquer outro estabelecimento.

Data:     /     /

Ass.:

**Observações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---