**DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DA AUTENTICIDADE DE ASSINATURA ELETRÔNICA**

Eu, *Nome Completo do Cliente* \_\_ , portador dos documentos RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO, para todos os fins e efeitos jurídicos, que estou ciente de que a CLÍNICA DE ESTÉTICA X, cujo CNPJ: ,recolherá por meio de dispositivos móveis, minha assinatura de forma eletrônica.

Estou ciente de que minha assinatura será utilizada uma única vez, direcionada ao documento ao qual eu estiver assinando. Junto à assinatura será exibido um carimbo eletrônico de autenticidade que irá mostrar: data atual, horário atual e o endereço IP do dispositivo utilizado para o registro da assinatura.

Ao assinar este documento, autorizo e reconheço a autenticidade das assinaturas a serem realizadas através da modalidade eletrônica.

Local, Data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura do Cliente