



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

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 o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), fui/foram 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 esse documento, os valores necessários ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4900000000

em Data _____ local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _____

1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Jonathan Mandalho
Periodontist
CRO/SC 7790

Ortoklist Clínica
Odontológica Eireli
CNPJ 30.819.701/0001-18
Telefone: (47) 3372-3755