



2-Nº



417730
INTERCÂMBIO

[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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 para a realização do tratamento, conforme o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), e comprometo-me a arcar com os custos, conforme previsto em contrato.

19-06808-30

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/11/2013	W. L.
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/11/2013	W. L.
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/11/2013	W. L.
53-Data, local e Carimbo da Empresa	13/11/2013	W. L.