



2-NP

Local e Assinatura do Cingido-Dentista Solicitante	Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	SS-Data, local e Cingido da Empresa
 	 	

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 lei. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), colhidos no documento de 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.