

49-Observação

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 atencioso com os cursos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizados) 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 previstos no contrato, em caso de não pagamento dos cursos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Adriana S. Jordan M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

Dr. Adriana S. Jordan M. Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista
