



2-№

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 obrigações decorrentes do presente acordo com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o(s) valor(es) devido(s) ao(s) profissional(is) contratado(s), bem como o(s) valor(es) devido(s) ao(s) profissional(is) contratado(s) em caso de cancelamento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Fakhri - Dardara
QAD - PE 11-508
Moralis

Silky Odontologia e Saúde Ltda

50-Dipla, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Duta, local e Curitiba - Paraná
Av. Barão de Menezes Nº 420 A

Fidzeres - CEP: 54.310-310

Jaboatão dos Guararapes-PE