

2-N^o

358383
INTERCÂMBIO

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 de prevenção de transmissão de HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como a não realizar nenhum outro tratamento, realizado concomitantemente a atacar com os custos conforme previsto em meu 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 devidos pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em meu contrato.

49-Observação

60-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

706702

1. $\frac{1}{2}$

Dra Kalymne Marques

Dña Kalume Marques

Cirurgiã Dentista

Cirurgião Dentista

CRO-RJ 22868

CRD-RJ 22888