



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/foram 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/1993/11/219 João Batista de Castro Buco Maxilo Facial CRO 92.889	51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/1993/11/219 [Assinatura]	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/1993/11/219 [Assinatura]	53 - Data, local e Carimbo da Empresa Dra. Alina Bonfim de Castro Cirurgia e Traumatologia Facial Buco Maxilo Facial CRO 92.889
---	---	---	---