

[illegible]

510121 510121	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0
------------------	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

5, 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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(a), 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 do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

invacio

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51. O(a) local e Assinatura do(a) Encarregado(a) do Projeto:

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Dota. local e Cadmto da Empresa

Guilherme Augusto de Faria
CIRURGO DENTISTA
CRD - 140 33091