

2-N^o

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 no 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 referentes ao tratamento acordado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

• Nichola

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante [25/10/2012]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [25/10/2012]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [25/10/2012]
Dra. Daniela Carolini Paludo Cirurgiã Dentista CRO - PR: 29322	Dra. Daniela Carolini Paludo Cirurgiã Dentista CRO - PR: 29322	Dra. Daniela Carolini Paludo Cirurgiã Dentista CRO - PR: 29322