



2-Nº

Mathematical background

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceto 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.

cão

50-Data, local e Assinatura do Grupos-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Grupos-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Contorno da Enxofa
05/10/2012 Rio de Janeiro	05/10/2012 Rio de Janeiro	05/10/2012 Rio de Janeiro	05/10/2012 Rio de Janeiro

DRA. NATÁLIA LUPEN
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-RJ49783

DRA. NATÁLIA LOPES
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-RJ49783