

2-N



338868
INTERCÂMBIO

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido(s) nos propósitos, razões, 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 plano. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s), acima, e por mim assinado(s), folhiaram 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-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-0654

Diego Figueiredo Araújo

Cirurgião Dentista

CRO/SP: 107116