



2-Nº

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)-citrato(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a "veradora a pagar em meu nome e por minha conta, ao pro...onal contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/21	54-Data, local e Assinatura do Responsável 11/10/21
---------------	---	---	---	---	--

Responsible to: 33570 33570 33570