



Tratamiento Odontológico

2 - Nº Guia no Prestador 183823902



183823902

[illegible][illegible][illegible]

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) 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.

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _ _ / _ _ /	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ / _ _ /	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável _ _ / _ _ /	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do carimbo da empresa _ _ / _ _ /	